



Initiativkatalog

Initiativer til forbedring af kapacitetsanvendelsen

Analyse af kapacitetsanvendelse på de medicinske afdelinger

MAJ, 2019



Rapporten 'Analyse af kapacitetsanvendelsen på medicinske afdelinger' er udarbejdet for Sundheds- og Ældreministeriet, Finansministeriet og Danske Regioner af konsulenthuset Boston Consulting Group med underleverandørerne MUUSMANN og Dorthe Crüger.

Boston Consulting Group

Kalvebod Brygge 24, 8. sal

1560 København V.

Danmark

Kontakt: Andreas Malby, Partner

MUUSMANN

Palægade 3, 2. tv.,

1261 København K

Danmark

Kontakt: Mia Fruergaard, Partner

Indholdsfortegnelse

0. INTRODUKTION TIL INITIATIVKATALOG	4
1. INTRODUKTION AF CASE-AFDELINGER	6
2. ANALYSE AF KAPACITETSUDFORDRINGER OG UNDERLIGGENDE ÅRSAGER	10
2.1 Udfordringer før patienten kommer ind på afdelingen	10
2.2 Udfordringer omkring patientens forløb på afdelingen/i ambulatoriet.....	12
2.3 Udfordringer i forbindelse med udskrivelsesprocessen	15
3. BEDSTE PRAKSIS INITIATIVER PÅ DE MEDICINSKE AFDELINGER.....	20
3.1. Beskrivelse af initiativer på den medicinske afdeling	20
3.2. Beskrivelse af initiativer udenfor den medicinske afdeling	117
4. BEDSTE PRAKSIS FOR IMPLEMENTERING	128
5. KILDER.....	133

0. Introduktion til initiativkatalog

The Boston Consulting Group har i samarbejde med MUUSMANN, Dorthe Crüger og case-afdelinger på tværs af landet undersøgt kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger for Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Finansministeriet. Som et resultat af analysen foreligger et katalog med en række konkrete initiativer, som har vist sig i praksis at kunne forbedre anvendelsen af ressourcer.

Initiativkataloget afspejler erfaringer fra syv case-afdelinger og bedste praksis fra øvrige hospitaler og afdelinger rundt i landet indhentet via kontakt til de enkelte regioner og sygehusledelser. De syv case-afdelinger inkluderer lungemedicinske, geriatrike og brede medicinske afdelinger med særligt vægt på komplekse, multisyge ældre patienter. Dette skal dels ses i lyset af, at der allerede har været et stort fokus på at optimere simple patientforløb med en mindre grad af koordinering, og dels at disse patienttyper forventes at udgøre en større andel af patientgrundlaget fremadrettet.

Formålet med initiativerne er at optimere processer og arbejdsgange gennem hele patientforløbet for derigennem at frigøre mere tid til at imødekomme den stigende efterspørgsel og styrke kerneopgaven. Kataloget indeholder initiativer, som bl.a. kan bidrage til at reducere flaskehalse, understøtte hurtig og korrekt udredning og behandling, forbedre arbejdsgange samt forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og ambulante besøg. I analysen anskues personalet som den primære kapacitet og ikke de fysiske rammer. Ud over at bidrage til at optimere flow og arbejdsgange er et fællestræk ved de beskrevne initiativer, at de hver for sig og tilsammen både kan bidrage til bedre patientoplevelser og bedre arbejdsbetingelser for personalet.

Gennem analysen er det blevet bekræftet, at de medicinske afdelinger oplever en generel kapacitetsudfordring, og at alle afdelinger i forvejen arbejder fokuseret på at effektivisere patientforløb. Samtidig står det klart, at afdelingerne har forskellige forudsætninger og rammebetingelser, og at de har afprøvet forskellige løsninger og opnået nyttige erfaringer med varierende resultater. Analysen peger dog på en række gennemgående udfordringer, som der med fordel kan arbejdes med at adressere for at opnå en bedre kapacitetsanvendelse. Eksempelvis opleves det fortsat, at patienter indlægges, som i stedet kunne være udredt og behandlet i ambulante regi eller udenfor hospitalet. Ligeledes fremgår mærkbare udfordringer i forbindelse med interne udskrivningsprocesser og i samarbejdet med primærsektoren om udskrivinger.

Initiativkataloget afspejler de gode erfaringer med eksempler fra virkelige projekter og indsatser. For at øge anvendeligheden, er der lagt vægt på også at beskrive opmærksomhedspunkter og typiske barrierer for implementering. De 23 initiativer, som indgår i kataloget, er udvalgt, fordi de har vist sig at kunne implementeres i praksis og bidrage positivt til opgaveløsningen og hverdagen på en medicinsk afdeling. Der er således fokuseret på solide og gennemtestede initiativer. 20 af initiativerne kan drives selvstændigt af afdelingerne, mens tre initiativer kræver særligt samspil med primærsektoren.

Indsamlingen og beskrivelsen af initiativerne er sket i tæt samarbejde med afdelingsledelser og fagpersonale på case-afdelingerne. Der er afholdt 35 indledende interviews med 38 klinikere (overlæger, yngre læger, sygeplejersker, SOSU-assistent, terapeuter, sekretærer og kapacitetskoordinatorer). Efterfølgende er afholdt workshops på tværs af personalegrupper samt opfølgende interviews med ledelsen på de enkelte afdelinger. Analysens erfaringer er løbende blevet drøftet med regionerne i en følgegruppe.

Initiativerne i kataloget kan frigive kapacitet på fire måder:

1. Forebygge og reducere indlæggelser
2. Forebygge og reducere ambulante besøg
3. Forkorte indlæggelsesforløb

4. Frigøre personaletid

Initiativkataloget er udarbejdet i en form, så materialet udgør et handlingsorienteret og anvendeligt redskab til at løse praktiske udfordringer med kapacitetsanvendelsen på de medicinske afdelinger. Selvom nogle hospitaler og afdelinger har implementeret flere af initiativerne end andre, har ingen afdelinger arbejdet med præcis de samme indsatser og er ikke i mål på alle områder. Derfor kan kataloget tjene som inspirationskilde og oplæg til vidensdeling på tværs af hospitaler landet over.

I en travl hverdag med krav fra mange sider kan det være nødvendigt at prioritere afdelingens forbedringsprojekter og tage fat på én udfordring ad gangen. Samlet set har analysen især påvist, at afdelingerne yderligere kan optimere personaleanvendelsen og opnå bedre patientforløb ved at fokusere på følgende indsatsområder:

- At undgå de for patienten u hensigtsmæssige indlæggelser, blandt andet ved at sikre rette behandling i patientens sidste tid
- At forbedre udskrivningsprocessen internt, blandt andet ved at fastsætte et udskrivningstidspunkt, når patienten kommer ind og at time udskrivelser i løbet af formiddagen så vidt muligt
- Styrke det tværsektorielle samarbejde, så patienten kan komme hjem så snart, de er færdigbehandlet – blandt andet via følge-hjem ordninger og øget inddragelse af terapeuter

Den enkelte afdelingsledelse kan med fordel se kataloget igennem og indledningsvist udvælge de 5-7 initiativer, som de umiddelbart oplever, giver mest mening for dem i lyset af deres situation, udfordringer og muligheder.

Initiativkataloget er struktureret i fire kapitler:

1. **I første kapitel (s. 6-9) introduceres de syv case-afdelinger.** Hensigten er at præsentere de enkelte case-afdelingers forudsætninger for at arbejde med initiativerne
2. **I andet kapitel (s. 10-19) præsenteres ni gennemgående kapacitetsudfordringer,** som relaterer sig til forskellige dele af et typisk patientforløb. Dette er udfordringer, som er centrale at adressere for at forbedre kapacitetsanvendelsen
3. **I tredje kapitel (s. 20-127) præsenteres bedste praksis initiativer enkeltvis.** Der gennemgås 23 initiativer i alt, hvoraf 20 initiativer er med udgangspunkt på afdelingen/sygehuset, mens tre initiativer kræver samspil med primærsektoren¹. Hvert initiativ beskrives dybdegående på to sider, mens syv udvalgte initiativer beskrives i yderligere detalje.
4. **I det fjerde kapitel (s. 128-132) præsenteres anbefalinger til en effektiv og succesfuld implementering af initiativerne.** Anbefalingerne tager udgangspunkt i erfaringer og bedste praksis fra blandt andet case-afdelingerne indhentet fra interviews og workshops.

En mere detaljeret beskrivelse af kapacitetsanalysens baggrund og metodiske tilgang kan læses i kapacitetsanalysens ledelsesresumé.

¹ Til dette skal det bemærkes, at analysens hovedfokus har været medicinske afdelinger. Det anerkendes dog, at forhold uden for afdelingen og hospitalet kan have stor og afgørende betydning for kapacitetsanvendelsen på den medicinske afdeling. Samspillet med andre aktører i sundhedsvæsenet og det samlede akutsystem har imidlertid ikke været denne analyses primære fokus, hvorfor informanter med base uden for hospitalerne kun er blevet inddraget i enkeltstående tilfælde.

1. Introduktion af case-afdelinger

I kapitel 3 *Beskrivelse af initiativer på medicinsk afdeling*, hvor de 20 bedste praksis initiativer til forbedring af kapacitetsudnyttelsen beskrives, fremgår hvilke case-afdelinger, initiativerne er identificeret på. Case-afdelingernes specialer varierer mellem lungemedicin, geriatri og intern medicin. Derudover har de også forskellige forudsætninger for at implementere initiativerne, hvad angår:

- **Optageområde:** Befolkningstal, antal kommuner og socioøkonomisk indeks
- **Kapacitet:** Antal senge
- **Aktivitet:** Antal indlæggelser, gennemsnitlig liggetid, belægningsgrad, antal ambulante besøg og patienttilfredshed
- **Patientsammensætning:** Andel ældre medicinske, kroniske og multisyge patienter
- **Personalesammensætning:** Læge- og plejepersonalesammensætning

I dette kapitel præsenteres case-afdelings forudsætninger.

I Figur 1 gives en oversigt over optageområdet, kapaciteten og aktiviteten på case-afdelingerne. Der er to forbehold med hensyn til aktivitetsdata vist i figuren:

1. Aktivitetsdata for indlæggelser, ambulante besøg og liggetid er fra Landspatientregisteret (DRG-grupperet)¹ for 3/7 case-afdelinger og lokal data for 4/7. Dette skyldes, at det mest detaljerede SHAK-kode niveau for 4/7 case-afdelinger er en overafdeling, hvorved data i Landspatientregisteret afspejler en større afdeling end case-afdelingen. Lokal data er markeret med blå i figuren, hvilket også fremgår af figurteksten. Dette betyder, at data ikke kan sammenlignes direkte på tværs af case-afdelinger
2. Af samme årsag er det ikke muligt at opgøre gennemsnitlig belægningsgrad og patienttilfredshed på case-afdelingsniveau for 4/7 afdelinger. Dette er i stedet angivet for en overafdeling, hvilket er markeret med orange i figuren

Det fremgår i Figur 1 at:

1. **Optageområderne varierer på befolkningstal, antal kommuner og socioøkonomisk indeks:** Optageområdet for AUH er det største med 334.000 borgere, hvor Nykøbing F. Sygehus har et optageområde, der er 36% af dette med 120.000 borgere. AUH har kun 2 kommuner i optageområdet, mens Nordsjællands Hospital har 8 kommuner. Det socioøkonomiske indeks i optageområdet er lavest for Nordsjællands Hospital med 0,85 og højest for Nykøbing F. Sygehus med 1,34
2. **Case-afdelingen på Nykøbing F. Sygehus er ca. 5 gange større end de resterende case-afdelinger:** 6 ud af 7 afdelinger har mellem 19-32 sengepladser, hvorimod medicinsk afd. på Nykøbing F. Sygehus er langt større med 128 sengepladser. Dette skyldes, at case-afdelingen på Nykøbing F. Sygehus er en bred medicinsk afdeling
3. **Aktivitet varierer signifikant mellem afdelinger:** Antallet af indlæggelser og ambulante besøg varierer meget mellem case-afdelinger. For indlæggelser skyldes dette, at Nykøbing F. Sygehus er en langt større afdeling. Der er mange ambulante besøg på AUH, da dette er et universitetshospital. Den gennemsnitlige liggetid er højest på Svendborg Sygehus med 9,1 døgn, da dette er en geriatrisk afdeling. Belægningsgraden er 94% eller over for alle case-afdelinger og for Nordsjællands hospital over 100%

Figur 1: Optageområde, kapacitet og aktivitet for case-afdelinger²

Case-afdeling	Lungemedicinsk afd., AUH	Geriatrisk afd., Svendborg Sygehus	Medicinsk afd., Nykøbing F. Sygehus	Lungemedicinsk afsn., Nordsjællands Hospital	Lungemedicinsk afsn., Hospitalsenheden Vest	Lungemedicinsk afd., Regionshospitalet Nordjylland	Geriatrisk afd., Regionshospitalet Nordjylland
Optageområde							
Befolkning i optageområde ¹	334.000	180.000	120.000	378.000	285.000	200.000	200.000
Antal kommuner i optageområde ¹	2	6	3	8	6	4	4
Socioøkonomisk indeks for kommuner ²	1,01	1,00	1,34	0,85	0,90	0,97	0,97
Kapacitet							
Antal senge ³	22	32	128	24	26		
Aktivitet							
Antal indlæggelser / år ^{3,4}	1.025	1.231	6.316	1.710	1.872	1.681	1.280
Antal ambulante besøg / år ^{3,4}	41.848	4.260	46.893		9.768	5.804	1.148
Gns. indlæggelsestid i dage (årlig) ^{3,4}	5,6	9,1	6,7	5,8	5,0	4,3	4,0
Afdelingsniveau	Samme som case-afdeling	Samme som case-afdeling	Samme som case-afdeling	Lunge- og infektionsmedicinsk afd.	Medicinsk afd.	Medicinsk Center	Medicinsk Center
Gns. belægningsgrad (årlig) ⁵	98%	95%	94%	102%	97%	95%	95%
Patienttilfredshed ⁶	4,20	4,02	3,94	3,65	4,08	4,17	4,17

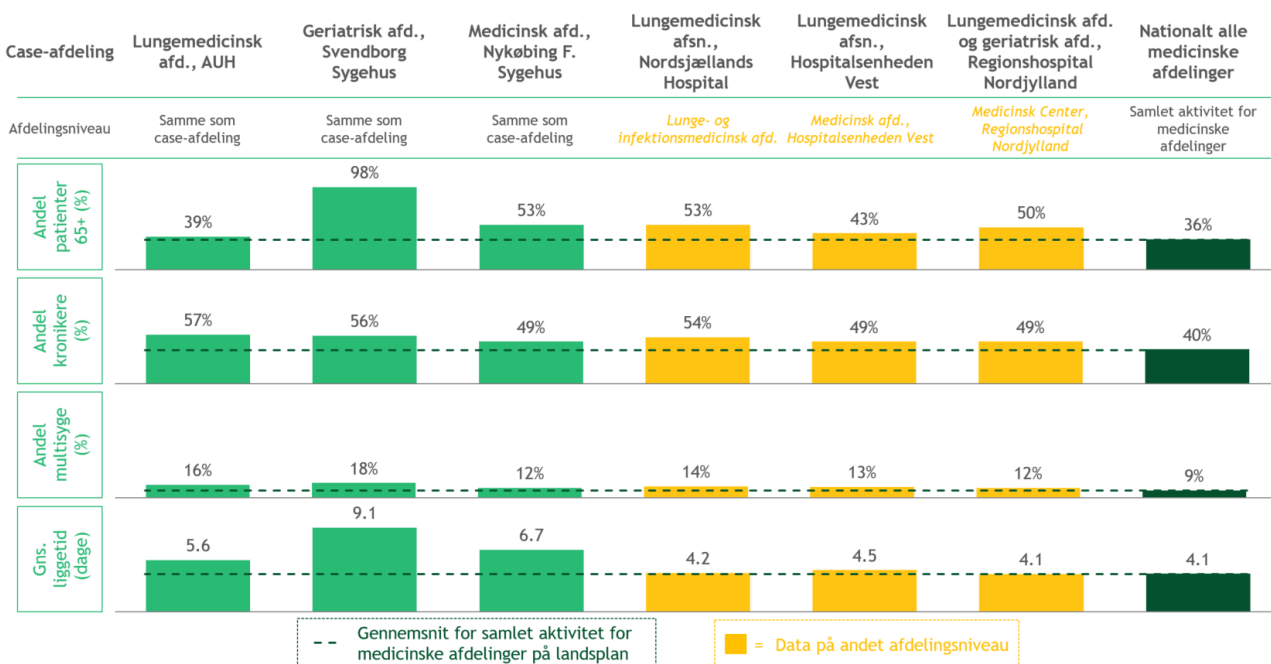
Blå = Lokal aktivitetsdata

Orange = Data på andet afdelingsniveau

I Figur 1 betyder en værdi for socioøkonomiske indeks over 1, at kommunen har et større udgiftsbehov relativt til gennemsnittet af kommunerne på landsplan. Patienttilfredsheden er et udtryk for overordnet tilfredshed på en skala fra 1 (lavest) til 5 (højest).

² Antal senge for AUH er for 2019, mens aktivitetsdata er for 2017. AUH havde i 2017 kun 14 senge, hvorved aktivitetsdata afspejler en betydeligt mindre afdeling. Kilder: 1. Sygehusets og regionernes hjemmesider samt offentligt tilgængelige rapporter; 2. Økonomi- og Indenrigsministeriets Kommunale Nøgletal, 2017; 3. Lokale data fra case-afdelinger; 4. Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen; 5. E-sundhed, 2017; 6. Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, 2018

Figur 2: Patientsammensætning med hensyn til ældre medicinske-, kroniske- og multisyge patienter på case-afdelinger³

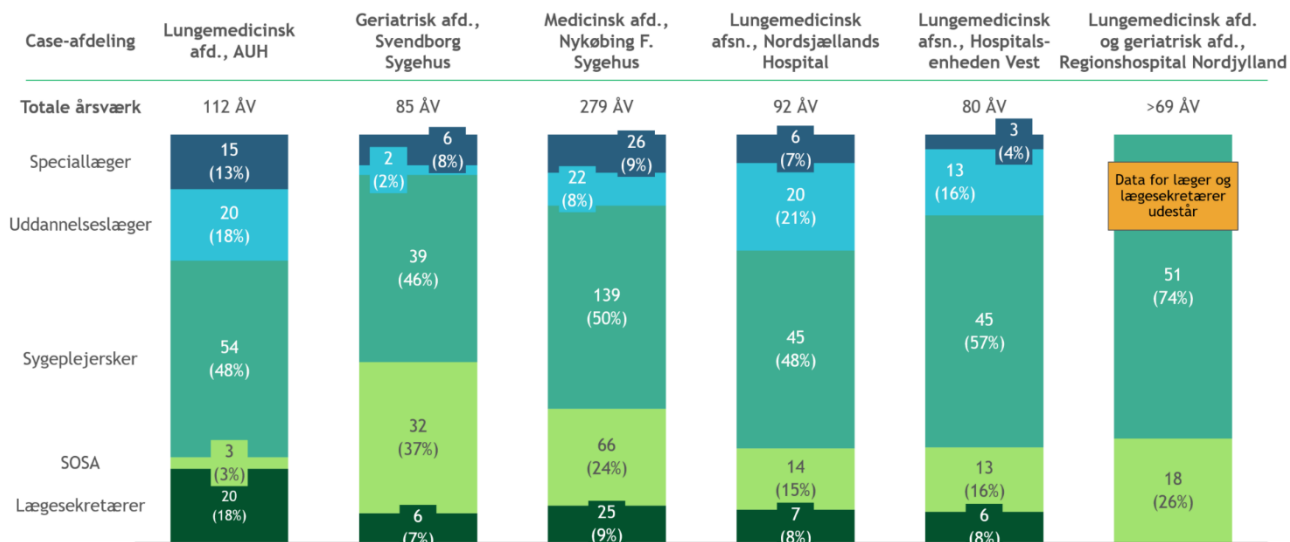


I Figur 2 fremgår afdelingernes patientsammensætning med hensyn til andelen af ældre medicinske (65+), kroniske og multisyge⁴ patienter. I denne figur er det ligeledes markeret, hvor data er for en overafdeling med orange. Det fremgår, at **case-afdelingerne har en højere andel af ældre medicinske-, kroniske- og multisyge patienter end det nationale gennemsnit for medicinske afdelinger**. Den geriatriske afdeling på Svendborg Sygehus har en høj andel af henholdsvis ældre medicinske patienter (98%), kroniske patienter (56%) og multisyge patienter (18%). Til sammenligning udgøres patientsammensætningen på medicinske afdelinger nationalt kun 36% af ældre medicinske patienter, 40% af kroniske patienter og 9% af multisyge patienter. Andelene er højere på samtlige case-afdelinger.

³ Lungemedicinsk og geriatrisk afd. på Regionshospitalet Nordjylland indgår som én afdeling, da begge afdelinger har samme overafdeling. Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) opdateret d. 1. september 2018, CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

⁴ Borgere som er identificeret med 2 eller flere kronisk sygdomme i registeret for udvalgte kroniske sygdomme og psykiske lidelser (RUKS). Kronisk sygdom dækker i indikatoren over kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma

Figur 3: Personalesammensætning på case-afdelinger⁵



I Figur 3 fremgår en oversigt over afdelingernes personalesammensætning med hensyn til antallet af læger, sygeplejersker, SOSA og lægeseekretærer. Personalet er opgjort på tværs af sengeafsnit og ambulatorier og samlet på begge case-afdelinger for Regionshospitalet Nordjylland. Det ses, at **afdelingernes forskellighed i form af speciale og hospitalstype afspejles i personalesammensætningen**: AUH har en højere andel af speciallæger og lægeseekretærer (13%) og færre SOSA (3%) end de andre case-afdelinger, da dette er et universitetshospital med stor specialiseret aktivitet i fx ambulatorier. Omvendt har geriatrisk afdeling på Svendborg Sygehus en stor andel af plejepersonale (83%) grundet geriatriske patienters plejebæhov.

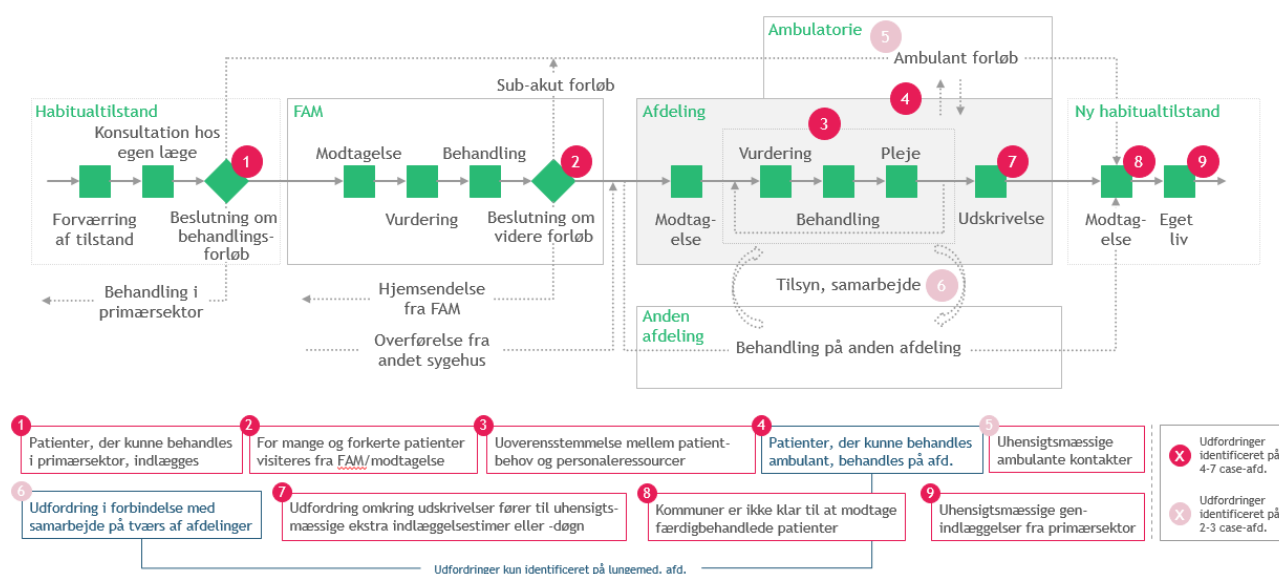
⁵ Kilde: Lokal data fra case-afdelinger

2. Analyse af kapacitetsudfordringer og underliggende årsager

Der er identificeret ni gennemgående kapacitetsudfordringer på baggrund af interviews, som er trianguleret med tidsstudier og data fra Sundhedsdatastyrelsen. Udfordringerne er dermed hovedsageligt et udtryk for case-afdelingernes udfordringsbillede, hvorfor beskrivelsen ikke nødvendigvis er udtømmende.

Udfordringerne relaterer sig til forskellige dele af et typisk patientforløb.

Figur 4: Interviews og workshops identificerede ni gennemgående udfordringer på tværs af case-afdelinger



Udfordring 1 og 2, omhandler perioden før patienten kommer ind på afdelingen; udfordring 3-6, vedrører patientens forløb på afdelingen/i ambulatoriet; og udfordring 7-9 omhandler udskrivelsesprocessen. Overordnet ses de samme udfordringer på tværs af geriatriske og lungemedicinske afdelinger. Udfordringer relateret til overgange med primærsektoren er dog mere udtalte på geriatriske afdelinger givet, at geriatriske patienter har en større kontaktflade med primærsektoren. På samme vis er udfordring fem, som relaterer sig til en effektiv ambulatoriedrift, primært relevant for lungemedicinske patienter, da disse patienter oftere behandles ved et ambulant forløb sammenlignet med geriatriske patienter. Udfordringer i samarbejdet mellem afdelinger gør sig ligeledes primært gældende for lungemedicinske afdelinger, da der fx oftere er behov for tilsyn fra andre specialafdelinger.

2.1 Udfordringer før patienten kommer ind på afdelingen

Udfordring 1: Patienter, der kunne behandles i primærsektoren, indlægges

Medicinske afdelinger oplever, at patienter, der kunne have modtaget behandling i primærsektoren, indlægges. Dette drejer sig om patienter med et uændret behandlingsbehov, fx svage og skrøbelige ældre samt patienter med en uændret habituattilstand, som i stedet kunne være tilset af praktiserende læge førstkommande hverdag. Ligeledes gælder det for patienter med et ikke akut medicinsk behandlingsbehov, fx borgere med psykosociale problemstillinger. Endeligt er der tale om, at patienter som kunne have modtaget behandling i hjemmet, indlægges. Dette drejer sig fx om nogle af de patienter, der modtager længerevarende

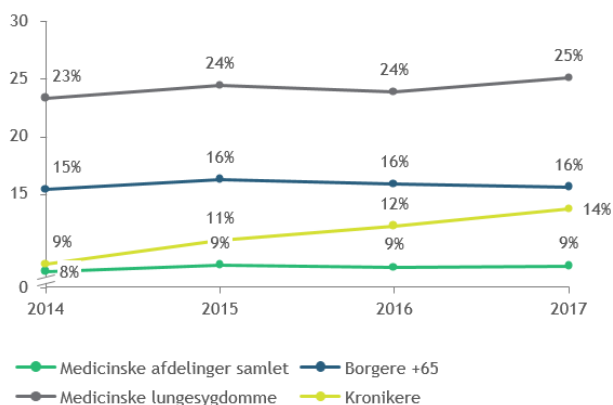
IV-antibiotika behandling. Udfordringen underbygges af en relativ stor andel af forebyggelige indlæggelser på medicinske afdelinger, fx lunge- eller urinvejsinfektion. For medicinske lungesygdomme er 25% af indlæggelser således forebyggelige, mens det gælder for 16% af ældre (+65 år) og 14% for kronikereⁱⁱ. Forebyggelige indlæggelser er en betegnelse for indlæggelser der har et forebyggeligt element, men det vil ofte kræve en indsats enten i primær eller sygehussektoren at undgå indlæggelsen.

Case-afdelingerne har fremhævet særligt fire underliggende årsager hertil. **For det første** har de kommunale medarbejdere ikke i alle tilfælde de nødvendige redskaber og kompetencer til at tage hånd om patienternes tilstand udenfor hospitalet og oplever derfor en utryghed ved at håndtere patienten i hjemmet. Her er det dog centralt at bemærke, at dette ikke nødvendigvis er udtryk for, kompetenceniveauet er faldet, men snarere at kommunerne i nogle tilfælde skal håndtere patientgrupper, som tidligere modtog pleje og behandling på hospitalet. Dette er et led i omlægningen mod en øget behandling i hjemmet, som stiller krav til øgede kompetencer i primærsektoren.

Figur 5: Forebyggelige indlæggelser på medicinske afdelingerⁱⁱⁱ

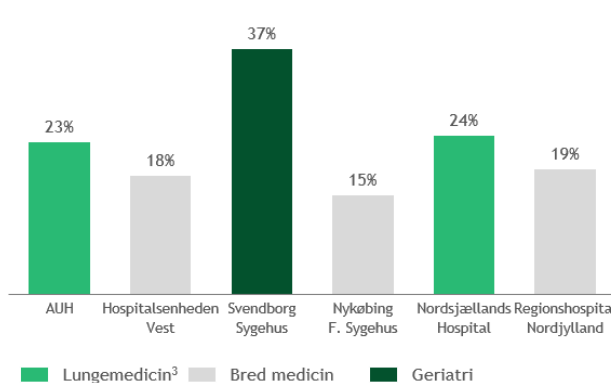
Andel forebyggelige indlæggelser er højest for lungesygdomme og ældre patienter..

Andel forebyggelige indlæggelser (2014-2017)



.. Hvilket også gør sig gældende for case-afdelingerne

Andel forebyggelige indlæggelser (2017)



For det andet peges der blandt case-afdelingerne på, at udfordringen afspejler en utilstrækkelig eller manglende "gatekeeper funktion" i almen praksis og lægevagten. Ifølge afdelingerne fører dette til u hensigtsmæssige indlæggelser, som kunne være undgået med de rette tilbud. Særligt gør det sig gældende udenfor praktiserende lægers normale åbningstid i aften og nattetimer. Ligeledes fremhæves **for det tredje** manglende klarhed om aftaler og regler ift. arbejdsdeling og behandlingsansvar imellem hospitaler og primærsektor som en årsag til indlæggelser. I tråd med dette forekommer det **for det fjerde**, at patienter, som har frabedt sig behandling i deres sidste tid, indlægges alligevel. Dette skyldes bl.a. manglende koordinering og kommunikation mellem sygehus og almen praksis samt kommunalt plejepersonale.

Udfordring 2: For mange og forkerte patienter visiteres fra FAM/akutmodtagelse

Patienter, som kunne være udredt og færdigbehandlet i modtagelsen, indlægges på de medicinske sengeafsnit for blot at have et kort ophold på specialafdelingen⁶. Mens dette kan være nødvendigt for at frigøre kapacitet i modtagelsen, som er afgørende for den samlede hospitalsdrift, repræsenterer det en udfordring på de medicinske afdelinger.

⁶ Dette baserer sig på kvalitative interviews og workshops, da det ikke har været muligt at indsamle kvantitativt data vedrørende visitationen og patientflowet fra FAM/modtagelsen til afdelingerne.

Der er identificeret tre primære årsager til udfordringen om visitation fra FAM/modtagelsen. **For det første** kan dette forklares ved et periodevist stort inflow af patienter i modtagelsen. Af hensyn til kapaciteten i modtagelsen og hospitalets samlede flow, kan dette i nogle situationer håndteres ved, at patienter visiteres videre til et medicinsk sengeafsnit uden at være færdigudredt for at frigøre kapacitet til inflow af nye patienter. Derudover forekommer det, at patienter indlægges på et sengeafsnit, hvor det ikke er det relevante speciale for den pågældende patientgruppe. En forklaring på dette kan være, at patienter, i tilfælde af kapacitetsmangel på relevante specialafdelinger, bliver indlagt, hvor der er ledig plads og altså i mindre grad med skelen til, om det er det relevante speciale for den pågældende patient eller ej. **En anden underliggende årsag** til de u hensigtsmæssige indlæggelser er en til tider utilstrækkelig intern medicinsk speciallægedækning i modtagelsen. Dette skal ses i lyset af manglen på speciallæger, men kan også hænge sammen med et utilstrækkeligt samarbejde mellem specialafdelinger og modtagelsen om tilsyn samt den generelle bemanning af modtagelsen. Dette kan betyde, at patienter visiteres uden at være blevet tilset af en speciallæge, idet der særligt i aften- og nattevagt samt weekender er en lav speciallægedækning. Dermed har yngre læger ikke altid mulighed for sparring med speciallæger om den enkelte patient og kan på grund af manglende erfaring og beslutningskraft have en tendens til i højere grad at indlægge patienter på sengeafdelinger, herunder patienter som kunne være håndteret i hjemmet eller på plejehjem. I forlængelse heraf opleves en mangel på klare visitationskriterier, som kan være en hjælp til at sikre korrekt visitation til specialafdelinger, som særligt er gavnligt for mindre erfarne læger. Udfordringen med en lav speciallægedækning er desuden et udtryk for, at akutreformen endnu ikke er fuldt effektueret, idet hensigten med denne bl.a. var at samle specialister i den fælles akutmodtagelse. I relation hertil gør det sig gældende, at nogle afdelinger endnu ikke har akutmedicinere ansat i modtagelsen. Slutteligt er en **tredje underliggende årsag** til de u hensigtsmæssige indlæggelser, en knaphed på alternativer i hospitals- eller kommunalt regi. Dette gælder for patienter med subakutte behandlingsbehov eller patienter som har et plejebehov, men hvor der ikke er tale om et konkret hospitaliseringsbehov.

2.2 Udfordringer omkring patientens forløb på afdelingen/i ambulatoriet

Udfordring 3: Uoverensstemmelse mellem patientbehov og personaleressourcer

Medicinske afdelinger oplever generelle kapacitetsudfordringer internt på afdelingen, hvilket overordnet skyldes kombinationen af flere og mere komplekse patienter samtidig med, at der på personalesiden er udfordringer med rekruttering og fastholdelse.

I forhold til den **første underliggende årsag**, dvs. kompleksiteten af patienter, er det gennemsnitlige ressourcetræk for hver patient øget idet, der tidligere var patienter, som var oppegående og selvhjulpne på medicinske afdelinger, mens den typiske patient i dag er sengeliggende og har større grundlæggende plejebehov fx til personlig hygiejne, hjælp til mad og drikke og mobilisering. Derfor kræver hver enkelt patient mere af personalet. Ligeledes forudsætter den relativt korte liggetid og det hurtige flow, som der tilstræbes, at patientforløb komprimeres. Dette stiller stigende krav til personalet om hurtig og effektiv koordinering af patientforløb internt på hospitalet og på tværs af sektorer. Samtidig kan den faldende indlæggelsestid medføre, at en større andel af personalets tid går med ind- og udskrivningen. En længere liggetid vil således forventes at give sig til udslag i mindre dokumentation, idet en afdeling med relativ lang liggetid i gennemsnit vil gennemføre færre udskrivninger per dag sammenlignet med andre. Det har dog ikke været muligt at påvise en klar sammenhæng i tidsstudierne mellem gennemsnitlig liggetid og andelen af tid, der går med dokumentation. Hertil kommer, at der er sæsonudsving over året, som der skal tages højde for i planlægningen for at sikre en effektiv kapacitetsanvendelse. I perioden 2014-2017 var der en variation i indlæggelser på op til 12 procentpoint over året både på landsplan og på case-hospitalerne med det højeste antal indlæggelser i januar til marts^{iv}.

På personalesiden opleves det svært at rekruttere og fastholde personale på de medicinske afdelinger, hvilket **for det første** kan henføres til en mangel på visse speciallæger og sygeplejersker på nationalt niveau. Af denne

grund er der ubesatte stillinger på nogle medicinske afdelinger, hvilket er i tråd med opgørelser over arbejdsmarkedsbalancen fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering på tværs af alle regioner⁷. Her fremgår bl.a. en 'omfattende mangel på arbejdskraft' for sygeplejersker, SOSU-assistenters og overlæger. Hertil opleves langtidssygemeldinger⁸, som bidrager yderligere til, at bemanningen til tider opleves som utilstrækkelig til at håndtere patienterne på afdelingen. **For det andet** kan en årsag til den generelle kapacitetsudfordring på afdelingerne på personalesiden henføres til personalesammensætningen. Der er ofte tale om personale med mindre erfaring og anciennitet, hvilke hænger sammen med, at der ikke er den samme efterspørgsel efter stillingerne i de medicinske sengeafdelinger, så erfarne sygeplejersker søger over til andre funktioner og specialer. Afdelingerne har derfor en høj andel af nyuddannede, hvilket indebærer en udfordring i forhold til at sikre den rette beslutningskraft. Yderligere er oplæring og supervision af nyt personale tidskrævende for de mere erfarne læger og sygeplejersker, hvilket igen øger ressourcetrækket på dette personale. Dette forstærkes af en stor udskiftning i personalet, idet det ofte opleves, at særligt plejepersonalet skifter til mere profilerede specialer efter at have opbygget erfaring på en medicinsk afdeling.

Tidsstudiets underbygning af udfordringen

Udfordringen om en generel ressourceudfordring på afdelingerne underbygges af resultater fra tidsstudier, hvor det fremgår, at en relativ lille andel af personalets tid bruges på pleje. For sygeplejersker gælder, at ~10% af tiden går med grundlæggende pleje, mens SOSU-assistenternes bruger 21% af deres tid på pleje. Dette skal ses i lyset af, at plejepersonalet ser dette som en af deres primære opgaver.

Derudover fremgår det, at læger overordnet bruger ~20% af deres tid på at læse op på patientjournaler samt, at der er relativt store forskelle på tværs af case-afdelingerne. Dette kan skyldes kombinationen af, at nogle afdelinger har mere komplekse patienter, som derfor tager længere tid at læse op på, samtidig med, at nogle afdelinger har en større uddannelsesforpligtelse, og mindre erfarne læger nødvendigvis må anvende mere tid på at læse op på patientjournaler. Fx anvender reservelæger og 1. reservelæger på AUH 27% af deres tid på at læse op på patientjournaler, hvilket er over gennemsnittet for personalegruppen på tværs af afdelinger. Dette kan skyldes, at AUH er en højt specialiseret funktion med en høj kompleksitet af patienter til følge.

Udfordring 5: Patienter, der kunne behandles i ambulant regi, behandles i stedet på afdelinger

Gennem en fokuseret indsats er det lykkedes at omlægge meget behandling fra stationær til ambulant. Således er langt de fleste patienter, som indlægges på en medicinsk afdeling i dag pleje- og behandlingskrævende. Det forekommer dog fortsat, at patienter med en sub-akut tilstand indlægges, som i stedet kunne have modtaget behandling i ambulant regi (eventuelt i en dagshospitalsfunktion). Dette kan være patienter, som er dårlige og har diffuse symptomer, men hvor visiterende læge vurderer, at patienten kan vente til næste hverdag med at blive tilset. Derudover er fremhævet konkrete behandlinger, som kunne foretages i hjemmet. Dette gælder fx patienter med pleuradræn⁹, patienter der ligger til observation efter lungebiopsi, patienter der modtager IV-behandling, blodtransfusioner og patienter, om undersøges for mistanke om blodpropper.

Der er identificeret to primære årsager til udfordringen. **For det første** peges på utilstrækkelige fysiske rammer med mangel på ambulatorietider til de patienter, som kan klare sig med behandling og observation i dagstiden. Resultatet er, at patienter, som kun behandles kortvarigt, dvs. ned til få timer, optager senge på stationære afsnit. **For det andet** fremhæves eksisterende rutiner og organisering. En øget omlægning fra stationær til ambulant behandling forudsætter en omlægning af arbejdsgange og en anderledes prioritering af

⁷ Af lokal data for case-afdelingerne fremgår ubesatte stillinger for læger, sygeplejersker og SOSU-assistenters.

⁸ Jævnfør interviews med case-afdelinger

⁹ Dræn anvendt til at tømme væske eller luft ud af pleurahulen for lungemedicinske patienter

personaleressourcer og ny organisering for at sikre, at relevante patienter overgår fra at være indlagt til i stedet at indgå i et ambulante forløb.

Udfordring 5: U hensigtsmæssige ambulante kontakter

Særligt kronikere følges i nogle ambulatorier efter faste intervaller. Dette betyder, at patienter kommer til en række rutinekontroller, som kan vise sig at være unødvendige, samt at kontrolbesøgene ikke nødvendigvis finder sted på de tidspunkter, hvor patienterne selv oplever størst behov. Tilsvarende kan der forekomme ambulante kontroller, som i stedet kunne have fundet sted ved patientens almen praktiserende læge.

Der er overordnet identificeret to primære årsager hertil. **Den første årsag** er, at det er en større opgave at omlægge ambulante besøg til at være behovsstyret. Dette forudsætter direkte kommunikation mellem sygehus og patient og/eller almen praksis i forhold til at afklare, hvornår en ambulante kontakt er nødvendig eller ej. Desuden vanskeliggør det muligheden for at planlægge behovet på tværs af en større gruppe patienter. Yderligere gælder for multisyge patienter, at disse kan være tilknyttet flere forskellige specialeambulatorier med uafhængige behandlingsplaner. Dette betyder, at patienten kan møde til flere forskellige ambulante kontakter fordelt på flere dage. Dette er ikke blot en udfordring fra et patientperspektiv, men indebærer også, at en patient kan opleve at blive tilset af flere speciallæger end nødvendigt. **Den anden årsag** kan være en manglende kommunikation mellem afdelinger og primærsektoren om, hvilke patienter der kræver ambulante undersøgelser eller behandling. I forlængelse heraf kan afdelinger have en tendens til at beholde patienten i et ambulante forløb på sygehuset i længere tid end nødvendigt. Dette kan være i tilfælde, hvor patienten har komplekse symptomer og henvisningsgrundlaget fra almen praksis derfor er mindre specifikt. For at undgå at patienten får behov for at komme ind på afdelingen igen, beholdes patienten i et ambulante forløb indtil afdelingen føler sig sikre på, at der er en tilstrækkelig klar behandlingsplan til, at patienten kan overgå til almen praksis. Dette kan også skyldes manglende viden om tilbuddene i almen praksis, eller en oplevelse af en begrænset tilgængelighed af almen praktiserende læger og plejehjemslæger på grund af lægedækningsproblemer.

Udfordring 6: Udfordring i forbindelse med samarbejde på tværs af afdelinger

I nogle tilfælde opleves intern ventetid på tilsyn og andre interaktioner på tværs af afdelinger. Interviews og workshops har indikeret manglende transparens ift. ventetid på eksempelvis tilsyn med andre afdelinger.

Tidsstudiets underbygning af udfordringen

Tidsstudier indikerer desuden begrænset interaktion afdelingerne imellem. Dette ses blandt andet ved, at afdelingslæger og læger bruger ~3-4% af deres tid på telefonisk kommunikation med læge om patient på anden afdeling og medicinsk tilsyn på andre afdelinger.

Der er identificeret to primære årsager til dette. **Den første underliggende årsag** er, at speciallæger kan prioritere at gennemgå patienter på egen afdeling over tilsyn på andre afdelinger. Særligt for specialer, hvor der er knaphed på specialistkompetencer, kan der være ventetid eksempelvis radiologi og psykiatri. I forlængelse heraf peges **for det andet** på, at en utilstrækkelig kommunikation mellem afdelingerne kan være årsag til ventetiden. Det varierer dog mellem case-afdelingerne, hvor udtalt dette er. En utilstrækkelig kommunikation betyder, at det er uigennemsigtigt for en anden afdeling, hvorfor et tilsyn trækker ud, hvilket kan føre til frustration over ventetiden på tilsyn. Dette er også et udtryk for udfordringer i samarbejdet med at fordele patienter mellem afdelinger på en måde, der er hensigtsmæssig for hospitalets samlede kapacitetsudnyttelse. Udover at dette er problematisk for kapacitetsudnyttelsen, kan det medføre, at patienter oplever unødige afdelingsskift for at frigøre kapacitet, hvilket er belastende – særligt for skrøbelige patienter.

2.3 Udfordringer i forbindelse med udskrivelsesprocessen

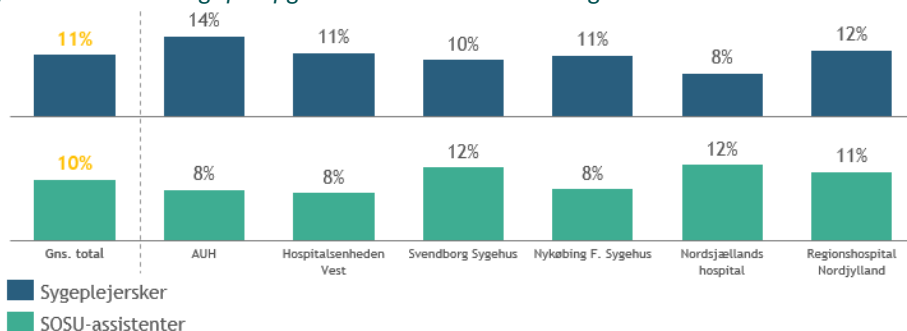
Udfordring 6: Udfordring omkring udskrivelser fører til u hensigtsmæssige ekstra indlæggelsestimer eller -døgn

Udskrivelse af patienter er en tidskrævende opgave på tværs af faggrupper, særligt for patienter, som kræver koordinering med primærsektoren. Planlægning og koordinering af udskrivelser kan derfor føre til u hensigtsmæssige ekstra indlæggelsestimer eller -døgn, såfremt der ikke tages hånd om dette i tide. Særligt opleves en udfordring med sengepladser midt på dagen, da mange patienter først udskrives sent på dagen. Dette understøttes af, at kun 31% af de medicinske patienter registreres udskrevet før klokken 13^{vi} 10. Klokken 13 er sat som skæringstidspunkt, da flere afdelinger fremhæver dette tidspunkt som afgørende i forhold til at sikre en tilstrækkelig kapacitet til at tage imod nye patienter senere på dagen. Når udskrivinger finder sted efter dette tidspunkt kan det således bevirke, at der ikke er tilstrækkeligt med frie sengepladser til at tage imod de relevante patienter. Planlægning af udskrivelser er således centralt for at sikre et ordentligt flow på afdelingen og frigøre kapacitet til at modtage patienter fra modtagelsen. Ligeledes er udskrivelse tidligt på dagen hensigtsmæssig for at sikre sammenhæng i den tværsektorielle indsats, idet tilbud i primærsektoren ofte er mindre tilgængelige efter klokken 16.

Tidsstudiets underbygning af udfordringen

Af tidsstudiet fremgår, at ~10-11% af sygeplejersker og SOSU-assistenters samlede tid kan henføres til opgaver relateret til udskrivinger. Dette omfatter koordinering med primærsektoren, udskrivningskonferencer, dokumentation og praktiske opgaver relateret til udskrivingen (fx pakke medicin).

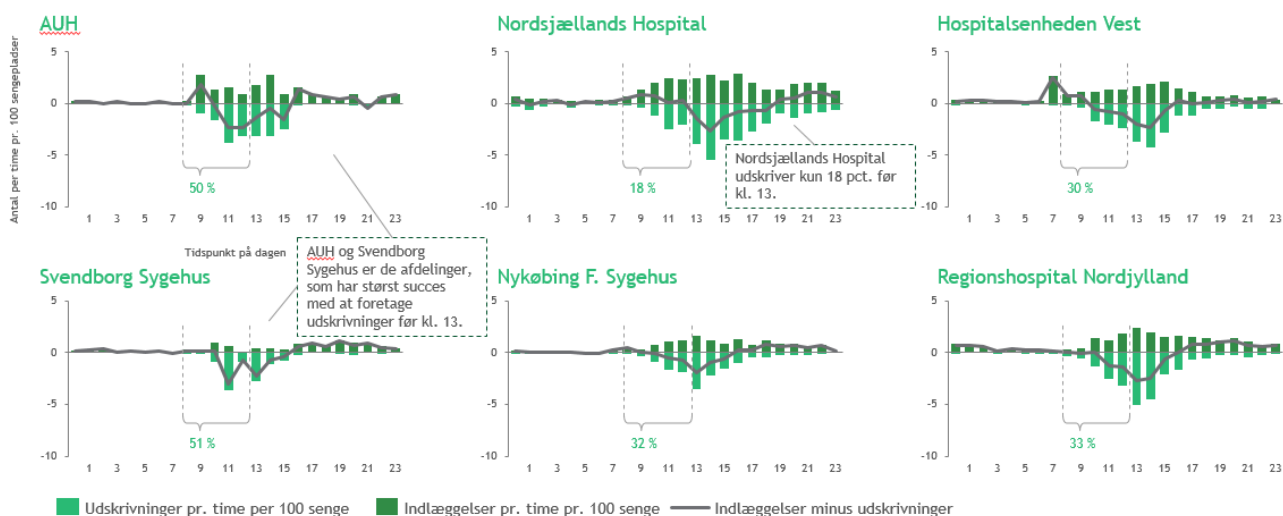
Figur 6: Andel tid brugt på opgaver relateret til udskrivinger¹¹¹²



¹¹ Indeholder delopgaverne: møder med primærsektoren, skriftlige kommunikation med primærsektoren, telefonisk kommunikation med primærsektoren, udarbejdelse af plejeforløbsplaner, udskrivningskonferencer/ hjemmeplejekonferencer, dokumentation samt praktiske opgaver ifm. udskriving

¹² Baseret på input fra klinikere, er det antaget at 50% af dokumentation vedrører udskrivinger samt, at 90% af koordineringen med primærsektoren omhandler udskrivinger

Figur 7: Forskellen mellem indlæggelser og udskrivelser på medicinske afdelinger på timebasis pr. 100 senge^{vii}



Overordnet kan peges på tre overordnede årsager til dette. **For det første** kan udfordringen hænge sammen med interne arbejdsgange på afdelingen. Dette kan fx dække over, at udskrivelser forsinkes på grund af en manglende plan for udskrivelsen. Ligeledes kan stuegang sprede sig over hele dagen grundet knaphed af speciallægerressourcer, som betyder, at plejepersonalet må vente på en lægelig beslutning. Dette er særligt udtalt i aften-, nat og weekendvagter. Derudover kan uhensigtsmæssige ekstra indlæggelsestimer være drevet af årsager, som de medicinske afdelinger har en mindre grad af indflydelse på. **Den anden identificerede årsag** er således afhængigheder til andre afdelinger fx i form af ventetid på blodprøver eller scanninger fra parakliniske afdelinger samt ventetid på hjemtransport af patienter. Særligt midt på dagen opleves udfordringer med transporten. Slutteligt kan uhensigtsmæssige indlæggelsestimer eller døgn **for det tredje** være et resultat af krav i samarbejdsaftalerne med kommunerne samt en begrænset adgang til kommunale medarbejdere i forhold til at varsle udskrivelser. Krav til varsling, herunder det seneste tidspunkt for varsling af en udskrivelse, varierer på tværs af optagekommuner for et givet sygehus, men oftest gør det sig gældende, at afdelingerne skal varsle udskrivelser senest klokken 13 dagen før en udskrivelse, således at kommunen har mulighed for at forberede fx pleje og hjælpemidler i borgerens hjem. Afdelinger oplever det dog ofte vanskeligt at overholde varslingstidspunktet, hvilket bl.a. hænger sammen med, at stuegang kan strække sig til efter klokken 13.

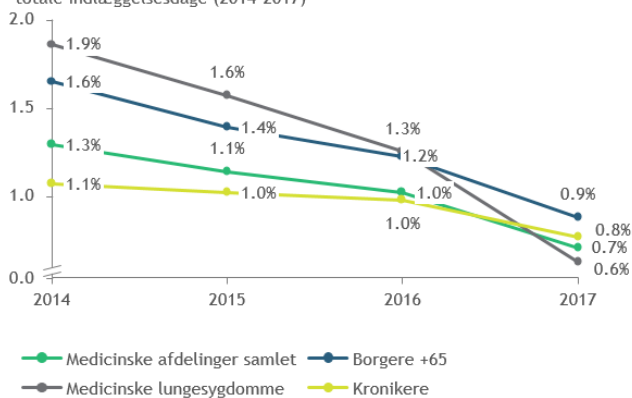
Udfordring 8: Kommuner er ikke klar til at modtage færdigbehandlede patienter

Efter at patienter er udredt og registreret medicinsk færdigbehandlet forekommer det, at patienter forbliver indlagte i yderligere døgn grundet forhold i kommunalt regi. Selvom kommunerne betaler en 'færdigbehandlingstakst', sker det fortsat, at der optages sengepladser, som kunne være benyttet af nye patienter samt, at plejepersonalet skal bruge tid på unødige ekstra pleje. Selvom antallet af færdigbehandlingdage har været faldende, udgjorde somatiske færdigbehandlingdage fortsat 0,7% af totale indlæggelsesdage på medicinske afdelinger svarende til 14.154 senge dage. For borgere +65 år, som generelt har en større kontaktflade med kommuner, var andelen 0,9% svarende til 11.477 senge dage. Hertil skal det bemærkes, at der er tale om patienter, som ikke har gavn af at være på sygehuset, og som optager plads og personaleressourcer.

Figur 8: Somatiske færdigbehandlingsdage på medicinske afdelinger^{viii 13}

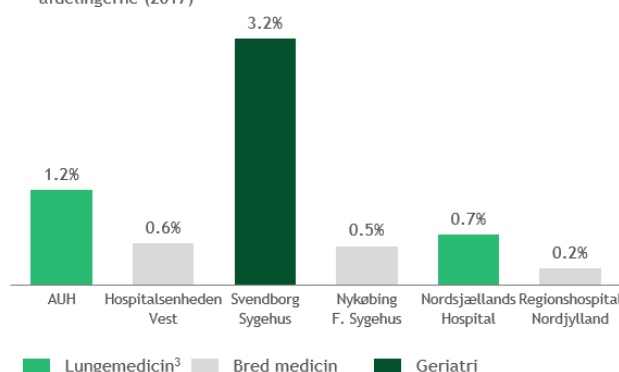
Der er fortsat u hensigtsmæssige sengedøgn efter færdigbehandling, men antallet er faldende..

Andel somatiske færdigbehandlingsdage på medicinske afdelinger ud af totale indlæggelsesdage (2014-2017)⁴



..Særligt for geriatriske patienter forekommer der fortsat u hensigtsmæssige færdigbehandlingsdage

Andel færdigbehandlingsdage ud af totale indlæggelsesdage på case-afdelingerne (2017)



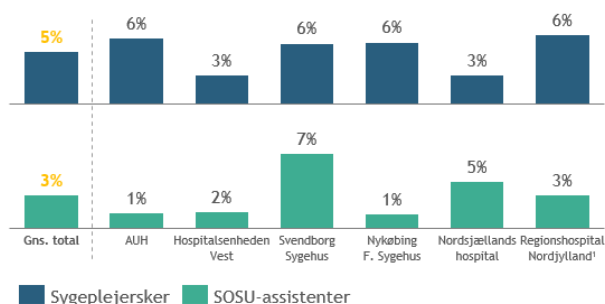
Overordnet kan peges på tre primære årsager til, at kommunerne ikke er klar til at tage imod patienter. **For det første** opleves en mangel på aflastningspladser og **for det andet**, at de nødvendige hjælpemidler for, at borgeren kan klare sig i en ny habituatilstand i hjemmet, ikke tilgængelige. Udfordringen med manglende hjælpemidler kan skyldes en sen varsling af udskrivningen til kommunen, hvilket forsinker fremskaffelsen. Ligeledes gælder, at visse hjælpemidler ikke kan leveres i weekenden grundet aftaler med leverandører. Fx installeres der ikke altid hjemmeilt i weekendender. **Den tredje årsag** dækker over, at kommunen kan være uenig i vurderingen af behovet for en aflastningsplads eller hjælpemidler. I dette tilfælde afventes, at patienten visiteres af en kommunal medarbejder. Ligeledes kan der være forskellige vurderinger af patientens behov for hjælp til pleje efter udskrivelse. Her kan det forekomme, at kommunen ikke følger sygehusets vurdering. Udover at dette forlænger indlæggelsen, er det blevet fremhævet, som medvirkende til at sygehuspersonalet må bruge ekstra tid på at koordinere udskrivelsen med kommunen, herunder at begrunde vurderingen af patientens behov efter udskrivelse.

Tidsstudiets underbygning af udfordringen

Tidsstudiet (og interviews) underbygger, at der bruges en relativ stor andel af tid på opgaver relateret til koordinering med kommuner. For sygeplejersker og SOSU-assistenten udgør koordinering ~3-5% af deres tid.

¹³ Indikatoren er opgjort iht. nationale mål 2018, da indikatoren benyttet i nationale mål 2019 endnu ikke var godkendt på udgivelsestidspunktet. Af denne grund vil indikatoren ikke være sammenlignelig med senere opgørelser i kommende nationale mål

Figur 9: Andel tid brugt på møder, skriftlig og telefonisk kommunikation samt plejeforløbsplaner og udskrivningskonferencer^{14 15}



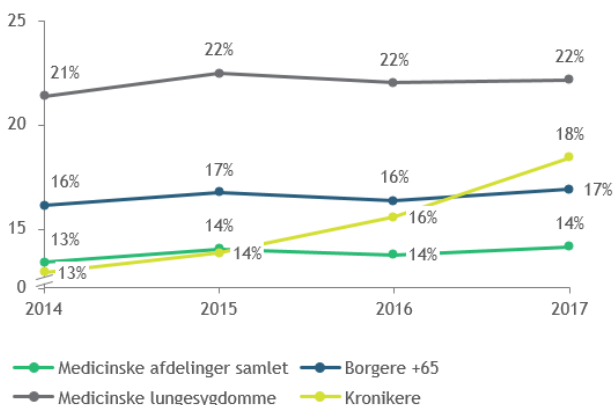
Udfordring 9: Uensigtsmæssige akutte genindlæggelser fra primærsektor

Der opleves en udfordring med genindlæggelser af patienter, som kunne være undgået. Dette underbygges af, at en relativ stor andel af akutte indlæggelser efterfølges af en genindlæggelse indenfor 30 dage efter udskrivelse. For lungesygdomme gælder det for 22% af akutte indlæggelser, mens tallet for kronikere er 18% og 17% for ældre (+65 år)^{ix}. Genindlæggelser kan være velbegravede, men de relativt høje andele og forskelle mellem case-afdelingerne, indikerer, at der kan være indlæggelser, som kunne være undgået ved den rette opfølgende indsats. Særligt set i lyset af, at medicinske afdelinger oplever, at genindlæggelser i mange tilfælde dækker over patienter, som der ikke er taget tilstrækkeligt hånd om til, at de har været i stand til at klare sig i deres nye habituatilstand med den givne hjælp fra kommune og almen praksis.

Figur 10: Akutte somatiske genindlæggelser på medicinske afdelinger*

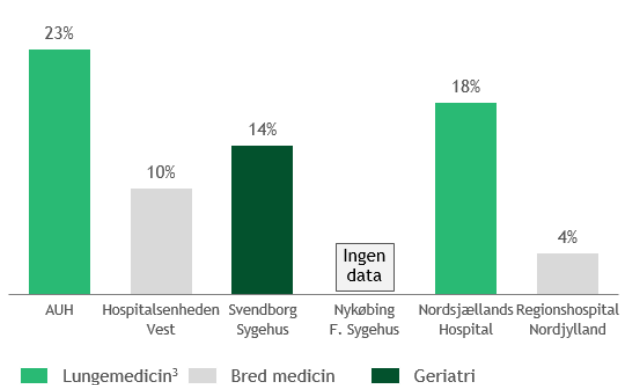
Der ses en stigende andel akutte genindlæggelser og andelen er særlig høj for lungesygdomme..

Andel akutte genindlæggelser (2014-2017)



.. Hvilket også afspejles for case-afdelingerne, særligt hvor data er for lungemedicin

Andel akutte genindlæggelser (2017)



Den primære årsag hertil kan være en manglende kommunikation mellem sygehuset og kommunen. Dette ses **for det første** i form af en utilstrækkelig informering af hjemmeplejen eller hjemmeplejersken om patientens nye tilstand. Dette kan fx være viden om et ændret funktionsniveau i forhold til tilstanden inden indlæggelse mv. Dermed risikeres det, at den kommunale pleje reagerer på symptomer, som er at karakterisere

¹⁴ Indeholder delopgaverne: møder med primærsektoren, skriftlige kommunikation med primærsektoren, telefonisk kommunikation med primærsektoren, udarbejdelse af plejeforløbsplaner, udskrivningskonferencer/ hjemmeplejekonferencer, dokumentation samt praktiske opgaver ifm. udskrivning

¹⁵ Baseret på input fra klinikere, er det antaget at 50% af dokumentation vedrører udskrivinger samt, at 90% af koordineringen med primærsektoren omhandler udskrivinger

som normale i den nye habitu tilstand, men hvor patientens tilstand bliver opfattet som forværret. Dette kan betyde, at den kommunale pleje oplever en utryghed ved situationen og derfor genindlægges patienten. **For det andet** kan det forekomme, at plejen og medicineringen efter udskrivelse ikke tilsvare patientens vurderede behov grundet en utilstrækkelig eller mangelfuld kommunikation i det fælles medicinkort (FMK) eller epikrisen. I tråd med dette opleves det **for det tredje**, at uheldige indlæggelser kan være et resultat af en mangelfuld opfølgning på patientens tilstand efter udskrivelse. Endeligt kan uheldige indlæggelser **for det fjerde** være et resultat af, at de rette kompetencer ikke er tilstrækkeligt til stede i kommunerne til at håndtere borgernes behov.

3. Bedste praksis initiativer på de medicinske afdelinger

I det følgende kapitel beskrives bedste praksis initiativer for forbedring af kapacitetsudnyttelsen på medicinske afdelinger. Initiativerne er identificeret igennem fire kilder: 1) indledende interviews med case-afdelinger, 2) workshops med case-afdelinger, 3) indsamling af bedste praksis initiativer fra sygehusledelser i hele landet og 4) konsulentteamets dybdegående kendskab til eksisterende indsatser som Sikker Patient-flow og initiativer fra Sygehus Lillebælt¹⁶. De identificerede initiativer fordeler sig i to overordnede grupper:

- (1) **Initiativer med udgangspunkt på afdelingen/sygehuset (initiativ 1-20)**
- (2) **Initiativer som i særlig grad forudsætter et samspil med primærsektoren (initiativ 21-23)**

Der er identificeret fire overordnede temaer på tværs af patientforløbet, som initiativerne fordeler sig på:

- **Tema 1: Bedring af borgerens habitualtilstand.** Det første tema sigter mod at forebygge sygdomsforværring og dermed indlæggelser på medicinske afdelinger. Dette dækkes af initiativer, som forudsætter et samspil med primærsektoren. (Initiativ 21-23)
- **Tema 2: Flyt behandling ”tættere på hjemmet”.** Det andet tema sætter fokus på at *flytte behandling ”tættere på hjemmet”* og har til formål at undgå unødvendige indlæggelser på medicinske afdelinger gennem a) alternative tilbud til indlæggelse og b) forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og overbehandling (Initiativ 1-4)
- **Tema 3: Optimering af arbejds gange internt på afdeling.** Det tredje tema handler om *optimering af arbejds gange på afdelinger* og skal bidrage til at sikre et optimalt patient-flow igennem den medicinske afdeling gennem a) omlægning af processer for patientforløb, b) bedre anvendelse af personaletid og c) fuld udnyttelse af tilgængelig ambulatoriekapacitet (initiativ 5-16)
- **Tema 4: Smidig og holdbar udskrivningsproces.** Det sidste tema vedrører en *smidig og holdbar udskrivningsproces* og fokuserer på at forebygge unødige sengedøgn og genindlæggelser på medicinske afdelinger gennem a) tidligere udskrivning af medicinsk færdigbehandlede patienter og b) sikrere omgivelser for patient efter udskrivelse (initiativ 17-20)

3.1. Beskrivelse af initiativer på den medicinske afdeling

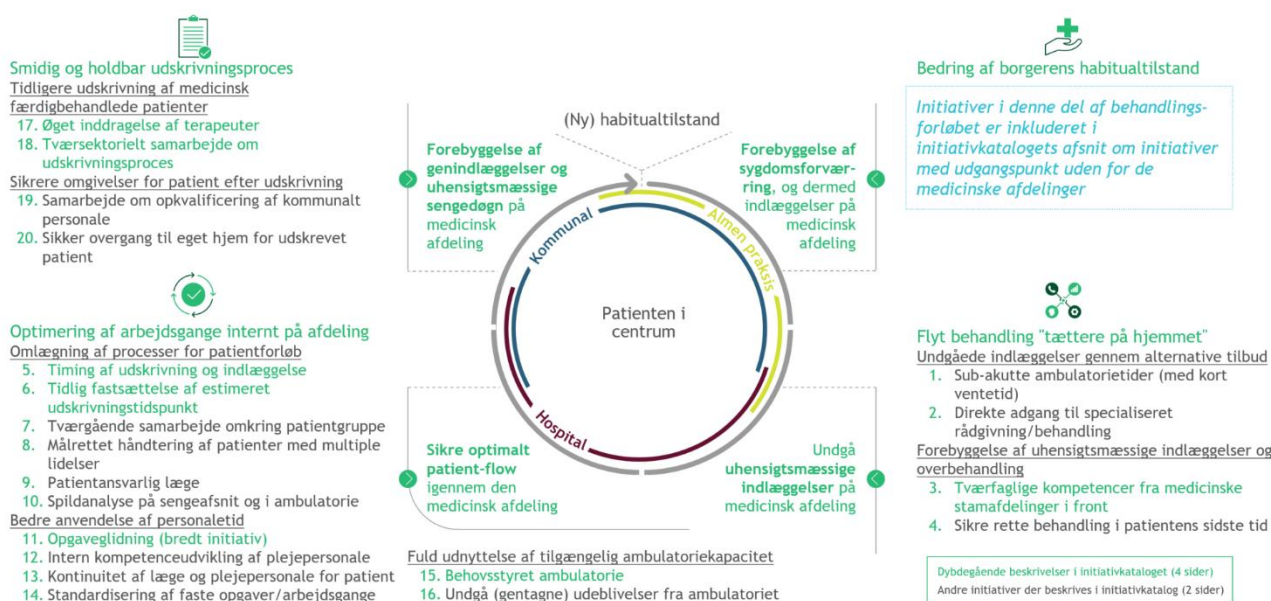
Der er identificeret 20 bedste praksis initiativer med udgangspunkt på afdelingen/sygehuset. De initiativer, som særligt er fremhævet som effektfulde, er **for det første** de indsatser, som reducerer u hensigtsmæssige indlæggelser og sengedøgn. Fx undgås u hensigtsmæssige indlæggelser igennem initiativ 4. *Sikre rette behandling i patientens sidste tid*, hvor patienter med uhelbredelige og dødelige sygdomme tilbydes samtaler om ønsker til behandlingsniveau og palliation i deres sidste levetid. **For det andet** har analysen vist, at der er et stort potentiale i at nedbryde barrierer mellem hospital og primærsektor. Fire initiativer adresserer

¹⁶ Der kan læses mere om analysens indsamlingsmetode i ledelsesresuméets kapitel 3 og appendix 1

optimering af samarbejde mellem afdeling, almen praksis og kommuner¹⁷. Fx initiativ 18. *Tværasektorielt samarbejde om udskrivningsproces*, hvor udskrivelsesprocessen forbedres gennem tidlig dialog mellem kommune og afdeling via udskrivningskoordinator på hospitalet og/eller øget tilstedeværelse af kommunal visitator.

Figur 11 giver et overblik over fordelingen af de 20 prioriterede initiativer med udgangspunkt indenfor afdelingen/sygehuset.

Figur 11: 20 prioriterede initiativer fordelt på temaer i patientforløbet



Initiativer, som er markeret med grønt i ovenstående, beskrives mere dybdegående i de efterfølgende initiativbeskrivelser. Dette er ud fra en betragtning om, at initiativet enten vurderes særligt kompleks, og/eller at kun få afdelinger kender til initiativet.

¹⁷ Dette drejer sig om: Initiativ 2: Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling; Initiativ 18: tværasektorielt samarbejde om udskrivningsproces; Initiativ 19: Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale; Initiativ 20: Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient

Oversigt over initiativer på den medicinske afdeling

Flyt behandling "tættere på hjemmet"

- | | |
|--|------------|
| 1. Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid) | Side 24-26 |
| 2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling | Side 27-30 |
| 3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front | Side 31-37 |
| 4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid | Side 38-40 |

Optimering af arbejdsgange internt på afdelingen

- | | |
|--|------------|
| 5. Timing af udskrivning og indlæggelse | Side 42-47 |
| 6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivningstidspunkt | Side 48-53 |
| 7. Tværgående samarbejde omkring patientgruppe | Side 54-56 |
| 8. Målrettet håndtering af patienter med multiple lidelser | Side 57-60 |
| 9. Patientansvarlig læge | Side 61-63 |
| 10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie | Side 64-66 |
| 11. Opgaveglidning (bredt initiativ) | Side 67-78 |
| 12. Intern kompetenceudvikling af plejepersonale | Side 79-81 |
| 13. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient | Side 82-84 |
| 14. Standardisering af faste opgaver/arbejdsgange | Side 85-89 |
| 15. Behovsstyret ambulatorie | Side 90-94 |
| 16. Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet | Side 95-97 |

Smidig og holdbar udskrivningsproces

- | | |
|--|--------------|
| 17. Øget inddragelse af terapeuter | Side 99-103 |
| 18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces | Side 104-110 |
| 19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale | Side 111-113 |
| 20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient | Side 114-116 |

Flyt behandling
"tættere på
hjemmet"

Undgå indlæggelser igennem alternative tilbud

1. Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)
2. Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling

Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser og overbehandling

3. Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front
4. Sikre rette behandling i patientens sidste tid



1

Subakutte ambulatorietider

Subakutte ambulatorietider

Observeret hos bl.a. Svendborg Sygehus¹; Nykøbing F. Sygehus²; Regionshospital Nordjylland; Aalborg Universitetshospital; Esbjerg Sygehus og Hobro



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 4 - Patienter indlægges i stedet for ambulært forløb:

- Patienter med subakutte symptomer indlægges, selvom et ambulært forløb ville være mere hensigtsmæssigt i forhold til både patientsikkerhed og afdelingens kapacitet
- Dette skyldes lange ventetider i ambulatorier samt manglende muligheder for udredning af symptomer, der ikke kan håndteres i almen praksis



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Afdelingen opretter et tilbud om subakutte ambulatorietider, der fungerer som et alternativ til indlæggelse på afdelingen. Tiderne er tiltænkt patienter med subakutte symptomer, der ikke kan udredes i almen praksis, men som ikke er akut indlæggelseskrævende
- Udvalgte tidsblokke holdes fri af den normale planlægning i ambulatorierne til de subakutte behov
- Ved visitation kan praktiserende læger, lægevagten eller personalet i akutmodtagelsen henvise til et ambulært forløb i afdelingens ambulatorie indenfor kort tid (f.eks. 48 timer)

Investeringer

- Initiativet forudsætter, at ressourcer allokeres til at håndtere den øgede volumen af ambulante patienter

Tidshorisont

- Afhænger af fleksibilitet i vagtplaner samt adoption af den nye mulighed blandt almen praksis, vagtlæger og akutmodtagelsen



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 1,1-1,8 akutte medicinske korttidsindlæggelser per uge¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågående initiativ: Lav/mellem (~40%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Kortere indlæggelsestid, idet subakutte tilbud giver mulighed for at forebygge forværring

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

- Patienter undgår belastende hospitalsindlæggelser og opnår større fleksibilitet



Én om dagen tror jeg faktisk godt det kunne - Det kan godt være det ovenikøbet er flere. Det er et af de steder, hvor der er kæmpestort potentiale, det er der ingen tvivl om

- Ledende overlæge



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Der etableres en mulighed for at henvise til en subakut ambulatorietid, i situationer hvor patientens symptomer ikke kræver akut indlæggelse, men er tilstrækkeligt alvorlige til, at den regulære ventetid til ambulatoriet er for lang

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Initiativet sikrer bedre udnyttelse af afdelingens sengekapalet ved at reducere indlæggelser, der i stedet kan håndteres i ambulært regi



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- Initiativets succes er betinget af, at almen praksis, vagtlæger og akutmodtagelsen er informerede om det subakutte tilbud og indstillede på at henvise patienter til dette frem for indlæggelse
- For afdelinger kan det være vanskeligt at allokere knappe lægerressourcer til nye ambulante tider. Det er således vigtigt, at understrege, at personalets tid vindes igen pga. de indlæggelser, som omlægges til ambulante forløb

Andre opmærksomhedspunkter

- Manglende behov for subakutte ambulante forløb eller manglende kommunikation omkring tilbuddet kan lede til, at fastsatte tider ikke udnyttes og derved ineffektiv personaleanvendelse

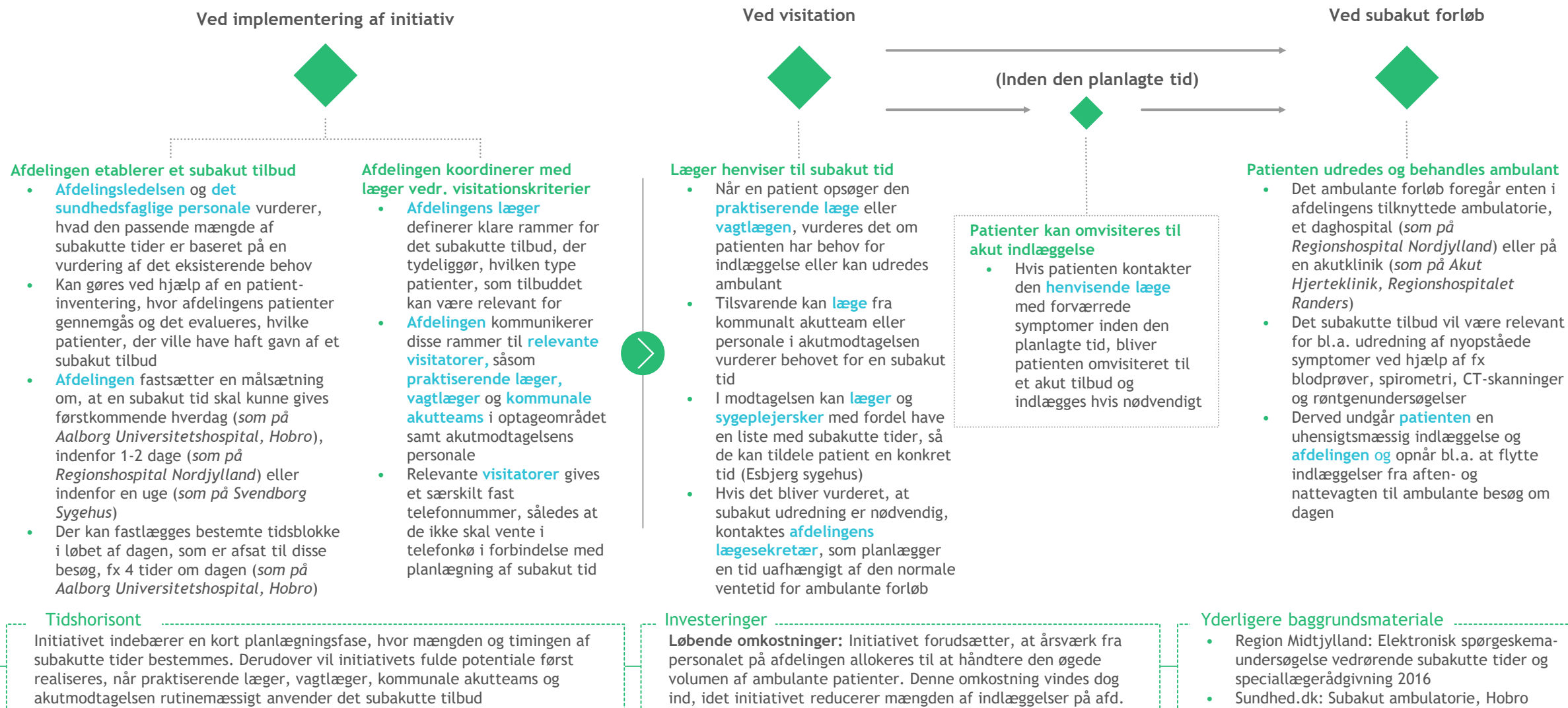
Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Søren Jakobsen (ledende overlæge); 2. Christian Christiansen (ledende overlæge)

III. Implementering

Subakutte forløb giver patienter mulighed for ambulante udredning og behandling uden u hensigtsmæssig indlæggelse



2

Direkte adgang til
specialiseret
rådgivning/behandling

Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling

Observeret hos bl.a. Nordsjællands hospital¹; Hospitalsenheden Vest²; Regionshospital Nordjylland; og Regionshospital Silkeborg



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 1 - Patienter, der kunne behandles i primærsektor, indlægges: Patienter med uændret behandlingsbehov indlægges i stedet for at blive tilset i primærsektoren, fx KOL patienter med habituel lav ilt-mætning. Ofte har patienter kontakt til almen praksis eller kommunalt sundhedspersonale forud for en indlæggelse, men ved manglende sparring med speciallæge eller spl. indlægges patienten unødigt. Fx grundet utryghed ved forværring i patientens sygdom eller pga. uklarhed om arbejdsdeling og behandlingsansvar

Udfordring 4 - Patienter, der kunne behandles ambulantly, behandles i stedet på afdelinger: Patienter, som oplever mindre forværring af en ikke akut karakter, indlægges i stedet for at blive behandlet ved et elektivt eller subakut besøg



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Patienten kan tage telefonisk eller online kontakt til sygeplejerske (evt. fast tilknyttet) og få rådgivning ved forværring
- Almen praksis kan kontakte speciallæge, som har behandlet patienten, via akuttelefon eller lægesekretær, som videregiver spm.
- Personale på afdeling vurderer om situation kan afsluttes i nærmiljø (evt. ved udkørende team) eller ved ambulantly besøg/indlæggelse
- Kan målrettes kroniske syge med svær sygdom, som har behov for intensiveret kontakt i perioder
- Kan også være hvor nyligt udskrevne patienter kan komme ind til stuegang som opfølgning på indlæggelse (Hospitalsenheden Vest)

Investeringer

- Afhængigt af udformning kan der være et øget ressourcetræk på specifikt allokerede sygeplejersker og speciallæger

Tidshorisont

- Afhænger af aktuelt samarbejde med almen praksis og erfarne spl.



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Patienter og/eller primærsektoren kan modtage direkte rådgivning fra specialafdelingen omkring symptomer og behandling

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Gennem den direkte rådgivning afstemmes indsatsen i højere grad til patientens behov ud fra en vurdering af om patientens tilstand kan afsluttes via telefonisk råd, et ambulantly besøg eller ved indlægges og derved reduceres uhensigtsmæssige indlæggelser



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Uklar tværsektoriel arbejdsdeling**, gør det vanskeligt at gennemskue, hvad der er den rette opfølgning. Fx hvornår det er relevant at bruge et eventuelt kommunalt akutteam
- **Eksisterende arbejds gange og vaner**, hvor patient og pårørende forventer indlæggelse og kommunal pleje tyr til dette
- **Utilstrækkelig mulighed for sparring med speciallæge** kan forhindre rettidig rådgivning af almen praksis og spl. på afd.

Andre opmærksomhedspunkter

- Klare kriterier for inklusion/eksklusion af patientgrupper er vanskeligt ved komorbiditet og differential diagnoser, hvor pt. kan have behov for kontakt, der ikke relaterer sig til primærdiagnose



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 0,8-1,0 indlæggelser for kronikere per uge¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Mellem/høj (~60%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Der sikres hurtig afklaring for patient, og dermed reduceres risiko for forværring og øget behandlingsbehov som følge heraf
- Ambulantly besøg afpasses til behov

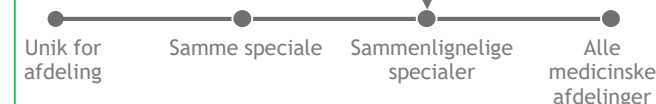
Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

- Større tryghed og sammenhæng for patient og pårørende
- Højere involvering giver patienter en bedre forståelse for egen sygdom
- Bedre indsigt i patientens forløb for sygehuspersonale og dermed mere effektiv og højere kvalitet af rådgivning og behandling

Det kan forebygge et par indlæggelser om ugen for de svært kroniske patienter

- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



¹ Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Thyge Lynghøj Nielsen (ledende overlæge); 2. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator)

Direkte adgang til specialiseret rådgivning/behandling kan udføres på forskellige måder



Fokus på næste side

Tværfaglig teambaseret ambulansstruktur med fast tilknyttet sygeplejerske

Lunge- og infektionsmedicinsk afd., Nordsjællands hospital

Om tilgangen

- Patienter tilknyttes en fast kontaktsygeplejerske, som koordinerer patientforløb på tværs af sektorer
- Patient og pårørende kan tage direkte kontakt til den fast tilknyttede sygeplejerske ved akut forværring
- Sygeplejerske rådgiver patient i forhold til symptomer og giver hurtig afklaring. Dette kan være via telefon (eks. telefontid mellem klokken 8.00-10.00 i hverdage), mail, Min Sundhedsplatform, ambulansbesøg, hjemmebesøg mv.
- Minimum én årlig samtale med speciallæge og med deltagelse af kontaktsygeplejerske
- Mulighed for sub-akut ambulans tid indenfor to hverdage ved forværringer eller hjemmebesøg
- Løbende sparring mellem sygeplejerske og speciallæge ved tvivl om den relevante opfølgning på symptomer

Forudsætninger for implementering

- Erfarne sygeplejersker
- Tværfagligt miljø med mulighed for sparring med speciallæger
- Tværsektorielt samarbejde, hvor kontaktsygeplejerske kan visitere patient til opfølgning tættere på hjemmet



Fleksible indlæggelser via telefon-hotline bemandet af en koordinerende sygeplejerske

Diagnostisk afdeling, Regionshospital Silkeborg

Om tilgangen

- Oprettelse af døgnåben telefonisk hotline for patienter, pårørende og primærsektor
- Koordinerende sygeplejerske bemande hotline og visiterer til det relevante tilbud: så vidt muligt i patientens nærmiljø:
 - Sygeplejerske vurderer om situation kan afsluttes i patientens nærmiljø fx ved kommunalt akutteam eller håndteres ved et elektivt ambulans besøg
 - Hvis det ikke skønnes tilstrækkeligt, modtages patienten direkte på medicinsk stamafdeling til ambulans vurdering
 - Hvis ambulans vurdering ikke er tilstrækkelig indlægges patient
 - I samarbejde med specialeansvarlige overlæger udarbejdes guidelines for visitation som hjælp til sygeplejersker

Forudsætninger for implementering

- Erfarne sygeplejersker eller mulighed for undervisning, så der sikres et kontinuerligt højt niveau i visitationen
- Tværfagligt miljø med mulighed for sparring
- Samarbejde med kommunale akutteams



Direkte adgang til behandlingsansvarlig speciallæge for almen praksis

Fremhævet som mulig implementeringsform i workshops

Om tilgangen

- Direkte adgang til rådgivning via akuttelefon eller gennem lægesekretær for almen praktiserende læger
- Almen praksis kan ringe direkte til speciallæge på afdelingen og drøfte patienter. På den måde undgås indlæggelser af patienter med uændret habitual tilstand
- Lægesekretær noterer spørgsmål og videregiver til læge, der efterfølgende kan vende tilbage, i tilfælde hvor speciallægen på afdelingen ikke er tilgængelig
- Almen praktiserende læger har dermed adgang til den læge, der har behandlet patienten, og som derfor ved mest om patientens forløb på hospitalet
- Mulighed for at aftale en sub-akut tid for patient i stedet for indlæggelse per telefon
- Det kan være nødvendigt med en målrettet indsats mod i højere grad at få praktiserende læge til at benytte sig af muligheden for at få rådgivning om patient

Forudsætninger for implementering

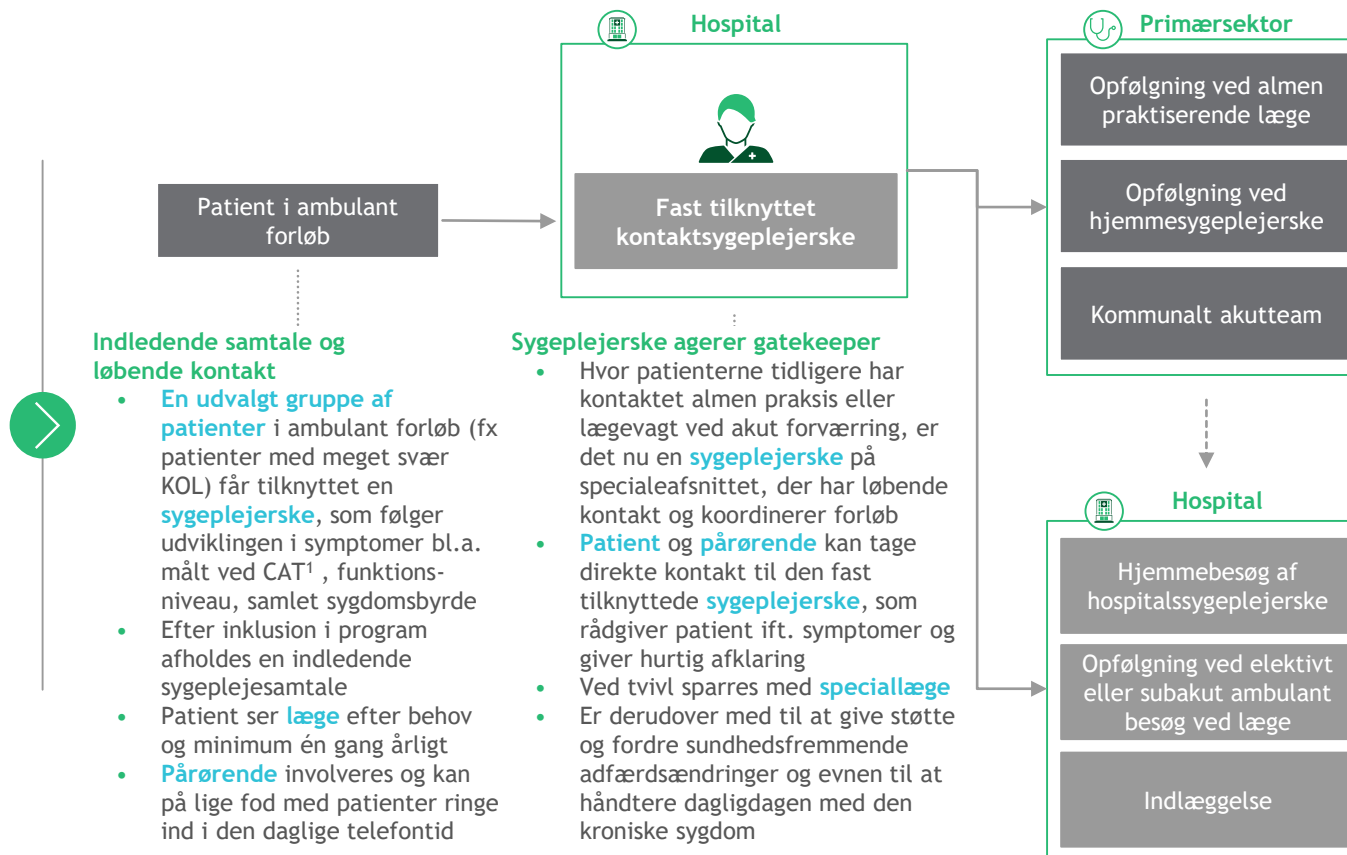
- Det kræver en vis fleksibilitet og kapacitet af speciallæger på afdelingen
- Initiativet forudsætter, at lægesekretærer er tilgængelige til at tage imod spørgsmål fra almen praksis

III. Implementering

Initiativet involverer et tværfagligt samarbejde med patient og pårørende, der kan sikre, at patienten kun kommer ind på den medicinske specialafdeling, når patientens tilstand ikke kan håndteres i primærsektoren

Overvejelser inden implementering

- Der fastlægges klare kriterier for, hvilke **patientgrupper**, der tilbydes inklusion i program
- Initial vurdering af om der er tilstrækkeligt erfarne **sygeplejersker** til at varetage opgaven, eller der er behov for opkvalificering
- Det kan være relevant at udarbejde guidelines som hjælp til sygeplejersker i visitationen i samarbejde med **speciallæger**
- Det skal besluttes, hvilke kommunikationsformer patienten tilbydes. Dette afhænger af de tilgængelige it-systemer og et hensyn til patientgruppen (fx kan ældre have vanskeligere ved nye kommunikationskanaler fx Min Sundhedsplatform)
- Tidsrum for åben telefoni skal besluttes (fx 8-10 i hverdage). Dette er en afvejning mellem fleksibilitet for patienten og et hensyn om at begrænse afbrydelser for sygeplejersker
- **Afdeling** udarbejder klare standarder til kommuner om brugen af tilbuddet



Patienter håndteres i primærsektor hvis muligt

- Afhængig af patientens symptomer forsøges patienten afsluttet i **primærsektoren**
- Den fast tilknyttede **sygeplejerske** på sygehuset koordinerer med primærsektoren, fx **hjemmesygeplejerske** eller **kommunale sygeplejersker** i forhold til karakteren af opfølgning

Ved behov for kontakt kommer patient direkte ind på afdeling

- Hvis ikke patientens tilstand kan håndteres i primærsektoren, tilbydes elektivt eller sub-akut ambulant besøg
- Vurderes patient så dårlig, at det kræver indlæggelse kan **sygeplejerske** selvstændigt kontakte den **centrale visitation**
- Ved behov for indlæggelse modtages patienten direkte af **læge** på afdelingen, som kender sygdomsforløbet i stedet for at gå igennem akutmodtagelsen

Tidshorisont

Tidshorisonten afhænger af tilgængeligheden af erfarne sygeplejersker. Såfremt der ikke kræves særlig opkvalificering, vurderes initiativet, at kunne implementeres indenfor en tidshorisont på mindre end et år

Investeringer

Løbende omkostninger: For at initiativet kan fungere i praksis må det forventes, at hver kontaktsygeplejerske skal bruge en del af sin tid på løbende kontakt. Dette medfører et vist øget ressourcetræk på erfarne sygeplejersker på afdelingen

Yderligere baggrundsmateriale

- Projektbeskrivelse af projekt "fremtidens ambulatorie indenfor lunge- og infektionsmedicinske ambulatorier" på Nordsjællands Hospital (CAPTAIN)

3

Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front

Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front

Observeret på bl.a. Svendborg Sygehus¹; AUH²; Hospitalsenheden Vest³; Nordsjællands Hospital; Regionshospital Nordjylland; Esbjerg Sygehus,



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 2 - U hensigtsmæssige visitationer fra modtagelsen: Patienter visiteres til medicinske afdelinger uden at være tilset af en speciallæge, hvilket medfører uhensigtsmæssige indlæggelser. Dette gør sig særligt gældende i

aften/nat/weekender, hvor der er en lav speciallægedækning. Et højt inflow af patienter i FAM betyder, at patienter, som kunne færdigbehandles i FAM eller i primærsektoren i stedet indlægges på medicinske afdelinger for at frigive nødvendig kapacitet i FAM/modtagelsen

Udfordring 4 - Patienter indlægges i stedet for ambulat forløb: Patienter, som oplever mindre forværring af en ikke akut karakter, indlægges i stedet for at blive behandlet ved et elektivt eller subakut ambulat besøg



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- De relevante patientforløb afsluttes i FAM/akutmodtagelse via modtagelse, udredning og initial behandling ved med. speciallæge, sygeplejerske eller tværfagligt geriatrisk akutteam (Svendborg)
- Afdelingskompetencer i FAM kan øges på en række måder; fx ved afdelingssenge i FAM (Nordsjællands Hospital), transitsenge (Randers), tilstedeværelse af med. bagvagt i FAM i et givent tidsrum (AUH), medicinske speciallæger, der gennemgår patienter udvalgt af afgående vagthold om morgenen på alle hverdage (Esbjerg) eller ved, at speciallæger fra med. afd. indgår i vagtordning (Horsens)

Investeringer

- I nogle former kræves omfordeling af personaleressourcer, mens andre forudsætter ekstra omkostninger til øget speciallægedækning

Tidshorisont

- Kan i nogle former implementeres via ændringer i vagtplan, men for fuld effekt kræves rekruttering af flere speciallæger



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Tværfaglige kompetencer (læge, sygeplejersker, terapeuter) fra medicinske afdelinger agerer gatekeeper i FAM/modtagelsen, og sikrer hurtig og kompetent faglig vurdering

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- En effektiv modtagelse, udredning og initial behandling i FAM sikrer korrekt visitation og reducerer indlæggelser på medicinske afdelinger



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Initiativet afhænger i høj grad af tilgængeligheden af speciallæger.** Dette forudsætter et samarbejde og en villighed til at dele begrænsede ressourcer på tværs af med. afdelinger og FAM
- **Eksisterende patient-flow på medicinske afdelinger** betyder, at det opleves vanskeligt at afgive ressourcer til modtagelsen samt et fokus på eget afdelings-flow på bekostning af den samlede kapacitet
- **Indlæggelser kan være drevet af et ønske fra pårørende**

Andre opmærksomhedspunkter

- For at initiativets fulde potentiale kan realiseres, kan det for nogle afdelinger være nødvendigt at rekruttere et øget antal speciallæger. Særligt på afdelinger med ubesatte stillinger



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 1,2-1,6 indlæggelser af medicinske patienter per uge¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Høj (~60%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Sikrer mere effektive patientforløb via tidlig igangsættelse af behandling og udskrivningsproces, så patienter kan udskrives tidligere

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

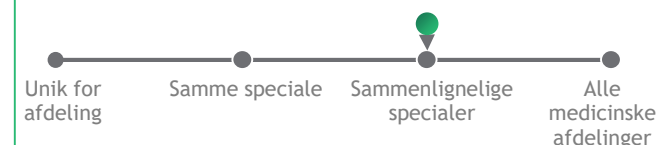
- Skaber tryghed og øger kvalitet, at patienter modtages af specialiserede kompetencer
- Bedre samarbejde øger personaletilfredshed
- Bedre læringsmiljø for yngre læger



Vi vandt noget, da vi tidligere udvidede 'geriatri i døren' fra klokken 15 til klokken 18

- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd). 1. Søren Jakobsen (ledende overlæge); 2. Pernille Hauschildt (ledende overlæge); 3. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator)

Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front kan udføres på forskellige måder (1/2)



Medicinske afdelinger står for håndtering af et antal senge i FAM/modtagelsen

Regionshospital Randers og Nordsjællands hospital

Om tilgangen

- Der oprettes et antal afdelings-/transitsenge i FAM/modtagelsen, hvor det lægefaglige ansvar påhviler læger på de medicinske stamafdelinger
- Pleje af patienter håndteres ligeledes af plejepersonale fra medicinske afdelinger
- På denne måde skabes et større fælles ansvar og dermed en bedre sammenhæng i de akutte patientforløb
- Kræver et fokus på at ændre arbejdsgange og sikre en tydelig ansvarsfordeling mellem de medicinske afdelinger og akutmodtagelsen

Forudsætninger for implementering

- Den fysiske placering af FAM/modtagelsen i forhold til de medicinske afdelinger har betydning for initiativets relevans, da det kan være uhensigtsmæssigt med denne udformning ved større fysiske afstande

- Det bemærkes, at denne udformning går imod principperne i akutreformen, som baserer sig på tilstedeværelse eller rådighedsvagt af speciallæger. Den er dog medtaget, da det kan være relevant på hospitaler, som oplever ubesatte speciallægestillinger

Fokus på de næste sider



Tilstedeværelse af kompetencer fra medicinske afdelinger i et afgrænset tidsrum

Aarhus Universitetshospital og Esbjerg Sygehus

Om tilgangen

- Tilstedeværelse kan praktisk foregå på flere måder:
 - På AUH går bagvagter fra diverse medicinske afdelinger ned i akutmodtagelsen mellem klokken 15-17 og gennemgår relevante patienter for at forbedre patient-flowet og visitationen til afdelingerne
 - På Esbjerg Sygehus gennemgår medicinske speciallæger patienter udvalgt af afgående vagthold om morgenen på alle hverdage
- Det er væsentligt at de læger, der gennemgår patienter i FAM varetager patienter med medicinske problemstillinger, og at yngre læger ansat i medicinske afdelinger superviseres af medicinske speciallæger

Forudsætninger for implementering

- Det er en forudsætning, at der kan etableres et fælles og klart ansvar for bemanning af akutmodtagelsen/FAM
- Det er en forudsætning, at vagtplanen på de pågældende bagvagners egen afdeling kan rumme, at speciallægerne går ned i FAM i det pågældende tidsrum



Medicinske speciallæger som en del af vagtordning i modtagelsen/FAM

Regionshospital Horsens

Om tilgangen

- Der sikres døgnbemanning med speciallæger i akutmodtagelsen via personale fra medicinske afdelinger
- Speciallæger fra medicinske afdelinger indgår i vagtordningen med et vist antal vagter. På Regionshospital Horsens er dette praktisk implementeret ved, at de medicinske speciallæger typisk har en vagt hver 14. dag, mens akutlæger indgår i en vagt hver 10. dag
- Vagter kan tilrettelægges som vagt uden for tjenestestedet med øget honorering som følge for at skabe et øget incitament for speciallæger til frivilligt at tage vagter i modtagelsen

Forudsætninger for implementering

- Det er en forudsætning, at eksisterende personale enten frivilligt tager vagter i modtagelsen eller at der kan rekrutteres nyt personale, som vil indgå i ordningen

Tværfaglige kompetencer fra medicinske stamafdelinger i front kan udføres på forskellige måder (2/2)



Tværfagligt akutteam fra medicinske afdelinger *Geriatrisk afdeling, Svendborg Sygehus*

Om tilgangen

- Der etableres et tværfagligt akutteam bestående af en sygeplejerske, læge og terapeut
- **Det tværfaglige team vurderer akutpatienter om morgenen mhp. at identificere relevante patienter for det pågældende speciale og dermed hjælpe læger i akutmodtagelsen med korrekt visitation**
- **Sygeplejerske kan allerede i FAM påbegynde forberedelser til afdelingens modtagelse** af en patient fx indhente plejedata fra kommunen
- **Forberedelser til udskrivning kan påbegyndes tidligt** fx ved, at sygeplejerske eller terapeuter starter samarbejde med kommunal visitator i forhold til planer for udskrivelsen

Forudsætninger for implementering

- Det er en forudsætning, at der kan etableres et fælles og klart ansvar for bemanning af akutmodtagelsen/FAM
- Relevante patientgrupper skal defineres klart fra start



Ensartet visitation via klare guidelines

Lunge- og infektionsmedicinsk afdeling, Nordsjællands Hospital

Om tilgangen

- Klare guidelines for visitation fra FAM til afdelinger
- Sikrer rette patient i rette seng, hvilket giver bedre og mere effektivt patientforløb
- **Kan eksempelvis systematiseres ved at indføre visitation ved hjælp af faglige profiler**, der defineres i fællesskab mellem FAM og speciallæger fra afdelinger
- **De faglige profiler giver klare retningslinjer** til FAM/modtagelsen i forhold til, hvilke patienttyper den pågældende afdeling mener, at de er ansvarlige for og skal modtage
- **Denne metode relaterer visitationen til afdelingernes faglighed** og giver ejerskab overfor patienter

Forudsætninger for implementering

- Der vurderes ikke at være særlige forudsætninger, som skal være opfyldt for initiativets implementering



Sygeplejersker fra lungemedicinsk afdeling visiterer og behandler KOL patienter i modtagelsen *Lungemedicinsk afdeling, Hospitalsenheden Vest*

Om tilgangen

- Sygeplejersker tilser KOL patienter i modtagelsen
- **Sygeplejerske igangsætter den relevante KOL-behandling allerede i modtagelsen** og dermed sikres et mere effektivt patientforløb, hvor indlæggelsestiden på afdelingen reduceres
- **Sygeplejerske identificerer underliggende årsager til, at patienten er kommet i modtagelsen**, såfremt indlæggelsen opleves som uheldig. Dette kan være i tilfælde, hvor det vurderes at være mere hensigtsmæssigt, at patienten tilses i primærsektoren. Eksempelvis kan det være tilfælde, hvor patientens habitualtilstand er uændret, men personalet i hjemmeplejen har været utrygge ved patientens anfald

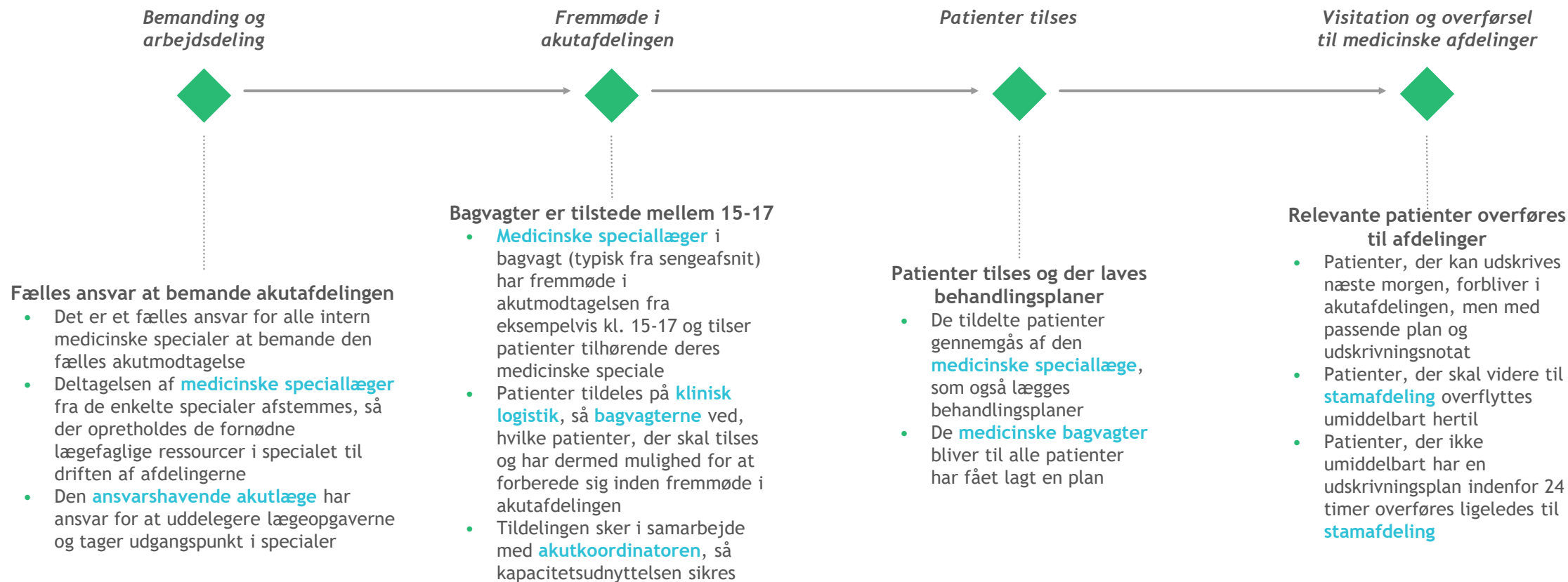
Forudsætninger for implementering

- Det er en forudsætning, at der er tilstrækkeligt med erfarne sygeplejersker til at varetage funktionen
- Initiativet er særligt relevant for afdelinger, hvor det opleves vanskeligt at afgive speciallægeressourcer til modtagelsen/FAM



III. Implementering

Initiativet involverer en tilstedeværelse af medicinske speciallæger i akutmodtagelsen, hvilket betyder, at alle patienter tilses af en speciallæge forud for indlæggelse på en medicinsk afdeling



Tidshorisont

Ved en tilstedeværelse i et begrænset tidsinterval kan initiativet implementeres via ændringer i vagtplan og har dermed en kort implementeringsperiode (indenfor en etårig periode). For fuld effekt kan det dog være relevant med en øget tilstedeværelse, som kræver ansættelse af speciallæger

Investeringer

- **Løbende omkostninger:** Overordnet vurderes ikke at være væsentlige ekstra omkostninger forbundet med initiativet
- Der kan dog være tilfælde, hvor bagvagten må forlænges, hvilket betyder ekstra løbende lønomkostninger til speciallæger

Yderligere baggrundsmateriale

- AUH: forbedringsprojekt "medicinsk tornado"
- Svendborg Sygehus: Projektbeskrivelse. "Geriatrici i døren"
- Esbjerg sygehus: Tværgående akutfunktion



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Initiativet afhænger i høj grad af tilgængeligheden af speciallæger:** Speciallægedækning udenfor dagvagt kan være vanskeligt at opnå. Særligt aften, nat og weekender dækkes hovedsageligt af yngre læger. Dette hænger sammen med en generel mangel på speciallæger, men skyldes også, at det er svært at planlægge ekstra vagter for speciallæger pga. økonomiske tillæg samt, at der er et generelt ønske om at begrænse aften-, nat-, og weekendvagter
- **Eksisterende patientflow på medicinske afdelinger:** Grundet eksisterende travlhed på medicinske afdelinger kan det opleves vanskeligt at afgive ressourcer til FAM/modtagelsen. I forlængelse heraf kan dette resultere i en tendens til at fokusere på ens egen afdelings flow på bekostning af den samlede kapacitet. Fx opleves det, at et for stort fokus på liggetid i FAM kan medføre, at for mange patienter indlægges på afdelinger. Dette afspejler en generel barriere om, at et for ensidigt fokus på patienter på egen afdeling kan være suboptimalt for den samlede kapacitetsudnyttelse
- **Indlæggelser kan være drevet af et ønske fra pårørende:** Det opleves, at visitation fra FAM til afdelinger i nogle tilfælde er drevet af et ønske fra pårørende om indlæggelse, bl.a. fordi den henvisende læge har givet pårørende en forventning herom



Hvordan barrieren adresseres

- ✓ Når FAM bemannes af yngre læger er det særligt vigtigt med en høj tilgængelighed af speciallæger. Dette indbefatter muligheden for at kontakte afdelinger ved usikkerhed om visitation. I forlængelse heraf er det afgørende, at der skabes en kultur, hvor dette benyttes aktivt af personalet i FAM
- ✓ Det kan være relevant med økonomiske incitamenter, der tilskynder speciallæger til at tage vagter i aften/nat/weekender
- ✓ Det er afgørende med tydelig ledelsesmæssig opbakning fra afdelingerne til et fælles ansvar om at bemane akutmodtagelsen/FAM
- ✓ Derudover kan sættes KPI'er, som understøtter en helhedsorienteret tilgang til hospitalets samlede kapacitetsudnyttelse. Dette kan kræve, at der indsamles data på nye indikatorer
- ✓ Oplysning af almen praksis, vagtlæge, FAM/modtagelse og lignende er afgørende for at sikre, at henvisende læger har den rette forventningsafstemning med patient og pårørende fra start



Andre opmærksomhedspunkter

- **Speciallæger fra afdelinger kan ende med at udrede patienter, som ikke tilhører deres specialeblok:** Der kan opstå en situation, hvor speciallæger fra de medicinske afdelinger udreder og behandler patienter, som ikke tilhører deres specialeblok ved et højt inflow af patienter i modtagelsen/FAM og en lav speciallægedækning. For at sikre en optimal udnyttelse af speciallægerens kompetencer er det derfor afgørende, at den ansvarshavende akutlæge, som tildeler patienter, har fokus på at sikre en optimal arbejdsdeling
- **Manglende speciallægekompetencer:** For at initiativets fulde potentiale kan realiseres, kan det være nødvendigt at rekruttere et øget antal speciallæger. Særligt på afdelinger, hvor der i forvejen opleves rekrutteringsvanskeligheder med ubesatte stillinger til følge. Såfremt dette ikke er muligt, kan det være relevant at fokusere på at ensrette visitationen gennem guidelines vha. "faglige profiler"



V. Effekt

Estimeret kapacitetsforbedring

Primære kapacitetseffekt

- En effektiv modtagelse, udredning og initial behandling i FAM sikrer korrekt visitation og reducerer indlæggelser på medicinske afdelinger

Sekundær kapacitetseffekt

- Sikrer mere effektive patientforløb via tidlig igangsættelse af behandling og udskrivelse, så patienter kan udskrives tidligere
- Kvaliteten af visitationen til afdelinger øges og dermed sikres det, at patienten bliver indlagt på den rette afdeling i første omgang. Dette kan reducere antallet af afdelingsskift og dermed forkorte patientens samlede ophold på hospitalet

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- **Effekt mål:** Indlæggelser for medicinske patienter
- **Estimeret gennemsnitlig effekt på case-afdelinger uden udbredelse (bruttoeffekt): 25%**
- **Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 1,1-1,5 indlæggelser for medicinske patienter/uge**
- **Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Høj (60%)**

Kvalitativ effekt for patient og personale

- Tilstedeværelse af personale fra medicinske afdelinger i FAM/modtagelsen kan bidrage til et generelt bedre samarbejde og fordre et mere helhedsorienteret syn på den samlede kapacitetsanvendelse gennem en bedre forståelse for arbejdsgange og udfordringer i akutmodtagelsen og på afdelingerne



Der er ingen tvivl om, at det her giver meget for os. Udover at nogle bliver vendt i døren, så giver det ro i senge-afdelingen, fordi patientens værdier og oplysninger fra hjemmeplejen er indhentet allerede, når de kommer op

- Ledende overlæge



En dårlig modtagelse i FAM smitter af på hele huset

- Sygeplejerske



Hvis en læge var først, så vil det kunne reducere unødige indlæggelser

- Sygeplejerske



De overflødige indlæggelser er nærmest væk! [efter implementering af initiativet]

- Læge

4

Sikre rette behandling i
patientens sidste tid

Sikre rette behandling i patientens sidste tid

Observeret hos bl.a. Nordsjællands Hospital¹; Regionshospitalet Nordjylland; Udviklingshospitalet Bornholm; Holbæk Sygehus; Regionshospitalet Horsens



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 1 - Patienter, der kunne behandles i primærsektor, indlægges. Patienter, som har frabedt sig yderligere behandling og ønsker at tilbringe den sidste tid i hjemmet, indlægges (43% dør under indlæggelse på hospital eller hospice, mens kun ~30% udtrykker et ønske om at tilbringe den sidste tid på hospital/hospice¹). Patienternes ønsker kunne i stedet være efterlevet ved palliativ behandling i primærsektoren

Udfordring 9 - U hensigtsmæssige genindlæggelser fra primærsektor: Pga. manglende forventningsafstemning med patient og pårørende genindlægges patienter, som potentielt ville være bedre stillet ved ikke at komme ind på hospitalet. Dette kan også skyldes en manglende koordinering af patienternes ønsker og/eller mangel på adgang til fælles database med patienters ønsker



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Alle patienter med uhelbredelige og dødelige sygdomme tilbydes rutinemæssigt samtaler om ønsker til behandling og palliation i den sidste levetid og ønsker koordineres på tværs

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Ved at efterleve patientens ønsker til behandling og indlæggelse, gennem klare aftaler og koordinering internt på sygehuset og med primærsektoren, undgås indlæggelse og behandling af patienter, som har frabedt sig dette



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Samtaler indgår som en rutinemæssig del af en indlæggelse, hvor de ældste og mest syge alle tilbydes en samtale om den sidste tid og behandlingsmuligheder, så de kan træffe oplyste valg om behandlingsniveau samt om palliation skal foregå på hospital, hospice eller patientens eget hjem. Dette sker med inddragelse af og under hensyntagen til pårørendes ønsker
- Patientens ønsker deles internt på afdelingen, med akutmodtagelsen og med relevante aktører i primærsektoren

Investeringer

- Kan kræve opnormering af lægeressourcer eller plejepersonale til at afholde samtaler (~30 minutter for relevante patienter)
- Derudover kan der være behov for investeringer i kompetenceudvikling for at klæde personalet på til at tage svære samtaler

Tidshorisont

- Kort implementeringshorisont under forudsætning af, at kommuner tilbyder den nødvendige palliative behandling og hospicepladser



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- Personalet kan opleve det vanskeligt at tage samtaler** om at stoppe behandling, da dette kan opfattes som modstridende med ens sundhedsfaglige identitet, i og med, at personalet er uddannet til at behandle og kurere patienter
- Begrænsninger for deling af data** på tværs af sektorer kan være en hindring for en effektiv koordinering af patientens ønsker

Andre opmærksomhedspunkter

- Samtaler om patientens sidste tid kan med fordel også tages af praktiserende læge, hjemmepleje og personale på plejehjem
- Det er afgørende, at sygehuspersonalet har overblik over palliative tilbud i primærsektoren mv. for at kunne oplyse patienter herom



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 0,2-0,7 indlæggelser for ældre med. pt. per uge²
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Mellem (~50%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Døende patienter er så vidt muligt på enestue, hvilket vanskeliggør planlægning af sengekapalet

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

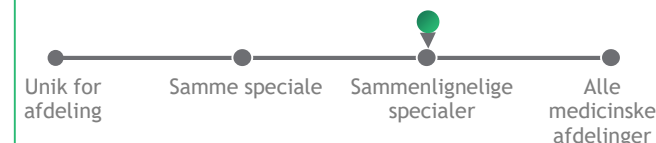
- Afklaring og koordinering medfører, at patientens ønsker til den sidste tid efterleves
- Mere tryghed og klarhed for patienter og pårørende i den sidste tid
- Personalet klædes bedre på til at håndtere svære samtaler, som kan være tabubelagte



Man vil kunne undgå mange indlæggelser og meget lidelse. Og det er også noget, hvor vi ikke blot kan hjælpe vores egen afdeling, men også frigive ressourcer på tværs af sektorer.

- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Jf. data fra patientsikkerhed.dk. Det bemærkes hertil at langt størstedelen ønsker at dø på hospice og en meget lille andel på hospitalet. Dette kan dog være vanskeligt at imødekomme grundet mangel på hospicepladser
2) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Thyge Lynghøj Nielsen (ledende overlæge)



III. Implementering

Initiativet bidrager til, at patienternes ønsker efterleves, og at det kun er de rette patienter, som kommer ind på afdelingen

Inden implementering af initiativ

Samtale

Efterfølgende koordinering

Palliativ indsats

Forberedelse

- **Hospital** udvikler pjece eller andet materiale, som værktøj til at sikre, at de rette emner adresseres af **læge** og/eller **plejepersonalet** i samtalerne
- **Pårørende** og **patientforeninger** kan med fordel inddrages i dette arbejde
- Der udvikles klare retningslinjer for, hvilke **patientgrupper**, der rutinemæssigt tilbydes en samtale om den sidste tid
- Der afholdes kompetenceudviklende kurser for **læger** og/eller **plejepersonale**, såfremt der vurderes et behov for dette. Dette kan med fordel afholdes sammen med **almment praktiserende læger** og **kommunale medarbejdere**. Undervisning kan bl.a. omfatte oplysning om palliative tilbud
- Hvis muligt etableres et samtalerum, som sikrer, at **sygehuspersonalet** kan gennemføre uforstyrrede samtaler med **patienter** og **pårørende** i mere behagelige omgivelser



- **Læge** og/eller **plejepersonale** afholder samtale med **patient** og **pårørende**, som bl.a. dækker ønsker til videre behandling og palliation, samt hvor patienten ønsker at tilbringe sin sidste tid (hjemmet, hospice, hospital mv.)
- **Læge** og/eller **plejepersonale** oplyser til samtalen patienten om de forskellige muligheder, fx palliativ behandling i hjemmet
- Ligeledes oplyses **patienter** og **pårørende** om det online behandlingstestamente på sundhed.dk
- **Sygehuslæger** kan også have en rolle i at vejlede **almment praktiserende læge, plejehjem** mv. om patientens tilstand i forhold til at klæde dem på til at tage samtalen i tilfælde, hvor denne afholdes udenfor sygehuset

- **Læge** og/eller **plejepersonale** udarbejder dokument med patientens ønsker, og dette noteres i journalen (evt. af **lægesekretær**)
- **Almen praktiserende læge, vagtlæge, plejehjems personale, akutmodtagelse** mv. bruger aktivt patientjournal og behandlingstestamente til at vurdere, hvad der er den relevante indsats ift. patientens ønsker

- **Palliative teams** inddrages i henhold til patientens ønsker
- **Palliative teams** kan desuden rådgive **almen praksis, kommunal pleje** og **sygehuspersonale** i de forskellige tilbud
- Det kan være relevant at øge mulighed for sparring med **palliative teams**, fx via udvidede telefontider eller ved inddragelse i kompetencegivende kurser mv.

Der kan med fordel trækkes på eksisterende erfaringer og materiale

- **Udviklingshospital Bornholm** har afholdt kurser i samarbejde med **Diakonissestiftelsens Hospice**, hvor personalet er blevet undervist i at tage de svære samtaler
- Der er udarbejdet en folder 'Mine ønsker i den sidste del af livet' i samarbejde med patientforeningen Trygluft Bornholm, kommunen og praktiserende læger, som bl.a. indeholder spørgsmål, der kan tages udgangspunkt i ved samtalen
- Der er gennemført **feedbackmøder med pårørende** for at få input til, hvad der er vigtigt for patienter og pårørende i den sidste tid
- Der er arbejdet meget med **patientsamtaler i den sidste tid på kræftområdet**, som der med fordel kan trækkes på i udbredelsen til andre områder (fx lunge)

Tidshorisont

- Kort implementeringshorisont under forudsætning af, at det kommunale og områdets palliative team er etableret (etårig periode). Uagtet af dette er det dog relevant at afholde samtaler, som kan implementeres med det samme
- Det kan være nødvendigt at afholde kompetenceudvikling forud for implementering for at klæde personalet på til samtalen

Investeringer

Løbende omkostninger: Samtaler involverer løbende omkostninger i form af 30-minutters personaletid for udvalgte patienter for relevante læger og/eller plejepersonale.

Investeringer: Personaletid til udvikling af værktøjer samt kurser. Dette vurderes dog at være begrænset, idet det er muligt at trække på eksisterende erfaringer

Yderligere baggrundsmateriale

- Patientsikkerhed.dk: Klar til Samtalen - I god tid
- Bornholms hospital: 'Følg patienternes præferencer i den sidste levetid'
- 'En god afslutning på livet. Behandlingstestamente'
- Sundhed.dk: behandlingstestamente

Optimering af arbejdsgange internt på afdeling

Omlægning af processer for patientforløb

5. Timing af udskrivning og indlæggelse
6. Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivningstidspunkt
7. Tværgående samarbejde omkring patientgruppe
8. Målrettet håndtering af patienter med multiple lidelser
9. Patientansvarlig læge
10. Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie

Bedre anvendelse af personaletid

11. Opgaveglidning (bredt initiativ)
12. Intern kompetenceudvikling af plejepersonale
13. Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient
14. Standardisering af faste opgaver/arbejdsgange

Fuld udnyttelse af tilgængelig ambulatoriekapacitet

15. Behovsstyret ambulatorie
16. Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatoriet

5

Timing af udskrivning og indlægelse

Timing af udskrivning og indlæggelse

Observeret hos bl.a. Nordsjællands Hospital¹; Svendborg Sygehus²; Hospitalsenheden Vest³; AUH⁴ og Sygehus Lillebælt



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 3 - Uoverensstemmelse mellem patientbehov og personaleressourcer:

- Øget kompleksitet af patienter gør, at stuegang tager længere tid, hvilket skubber udskrivelsestidspunktet til senere på dagen
- Mangel på speciallæger kan give lav beslutningskraft blandt lægegruppen

Udfordring 7 - Udfordring omkring udskrivelser fører til u hensigtsmæssige ekstra indlæggelsestimer eller - døgn:

- Krav om varsling fx kl. 13 betyder, at patienter nogle gange udskrives en dag senere
- Ventetid på blodprøver, scanninger eller transport kan føre til sene udskrivelser
- Stuegang kan sprede sig over hele dagen ved mangel på klar plan og struktur



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Relevante analyser, udskrivningsdokumenter, varsling til kommune og administrative opgaver såsom at diktere epikrise og opdatere medicinliste klargøres dagen eller aftenen inden for at sikre, at patienten kan udskrives tidligt den næstkommende dag
- Om morgenen på afdelingens tavlemøde prioriteres stuegang af patienter, der forventes udskrevet samme dag
- Stuegang kan undlades på patienter med klar plan, hvor det ikke er indiceret at tilse patienten hver dag

Investeringer

- Mindre ressourcetræk af personaletid ift. at analysere arbejdsgange og udskrivelser, hvilke patienter der kan udskrives tidligere, og hvordan arbejdsgange skal optimeres

Tidshorisont

- Initiativet forudsætter indledende analysearbejde. Det vurderes, at initiativet derefter kan implementeres i løbet af et år



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Arbejdsgange planlægges med fokus på at udskrivningen foregår tidligt på dagen

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Fokus på udskrivning tidligt på dagen reducerer sengedøgn for patienter, der ellers ville forblive indlagt en ekstra dag
- Ved at udskrive tidligt på dagen skabes der plads på afdelingen til nye indlæggelser i løbet af dagvagten, hvor den personalemæssige kapacitet er størst



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Forberedelse og tidlig stuegang kan reducere fleksibilitet for læger** og kan derfor være vanskeligt at implementere
- **Vanskeligt at ændre vagtplanlægning mhp. tidligere stuegang**, da vagttidspunkter har været standard i mange år
- **Store afhængigheder til andre aktører** medfører, at afdelingerne ikke selv kan kontrollere en række centrale elementer

Andre opmærksomhedspunkter

- Udover at fokusere på udskrivning tidligt på dagen kan stuegang i weekenden indføres. Fx som på Sygehus Lillebælt, hvor fredagens læger i samarbejde med patienterne vurderer, hvilke patienter der skal gås stuegang på henover weekenden



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 1,2-3,0 sengedøgn for medicinske patienter/uge¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Mellem/høj (~60%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Reducerer ventetider i akutmodtagelsen, der ofte er en konsekvens af forsinkede udskrivelser fra sengeafdelingen, som skaber flowstop igennem hele systemet

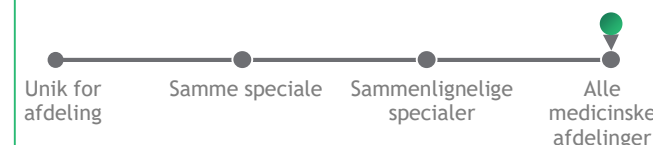
Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

- Stor effekt på patientoplevelsen, da det er positivt at blive udskrevet tidligt på dagen fremfor om aftenen
- Det giver ro for plejepersonalet, at alt er i orden, den dag patienten skal udskrives



Jeg er helt sikker på, at der er noget at hente. Potentielt kunne det reducere et helt sengedøgn for ca. hver femte patient
- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Thyge Lynghøj Nielsen (ledende overlæge); 2. Søren Jakobsen (ledende overlæge); 3. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator); 4. Kristine Bruun Degn (overlæge) og Solveig Kær Rasmussen (afdelingssygeplejerske)



III. Implementering

Forberedelse af udskrivelse og prioriteret stuegang er essentielt for at sikre tidlig udskrivelse af patienter

Inden implementering af initiativ



Før implementering:

- **Afdelinger** sætter på tværs af faggrupper et fælles mål om seneste udskrivelsestidspunkt, fx kl. 13 (se side 47)
- Det afdækkes, hvilke patienter der ikke udskrives før dette tidspunkt
- Flaskehalse i udskrivelsen identificeres, evt. ventetid på blodprøver, mangel på prioritering af stuegang eller opgaver relateret til udskrivning, der løses for sent
- Dataanalyse af døgnvariation ift. belægning og ankomster til afdelingen kan hjælpe til at sætte et optimalt udskrivelsestidspunkt

Undervejs kan effekten måles på:

- Andelen af udskrivelser før/efter det valgte udskrivelsestidspunkt
- Hvornår planlægning og løsning af udskrivelsesopgaver påbegyndes

Tidshorisont

- Initiativet forudsætter indledende analysearbejde med henblik på at identificere afdelingens udfordringer ift. sene udskrivelser. Det vurderes, at initiativet derefter kan implementeres og effekten realiseres i løbet af et år

Dagen(e) før udskrivelse



Klar plan for udskrivelsestidspunkt

- Initiativet kan med fordel kombineres med Initiativ 6 *Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt*, således at hver patient på afdelingen har et estimeret udskrivelsestidspunkt, der kan planlægges ud fra

Dagen(e) før udskrivelse afsluttes vigtige opgaver relateret til udskrivelsen

- **Læge** skriver epikrise
- **Læge** ajourfører medicin i FMK
- **Sygeplejerske** klargør og pakker medicin
- **Plejepersonale** eller **fysioterapeut** tjekker op på, om eventuelle hjælpemidler er klargjort
- **Kommune** står for at udstyr til evt. behandling i hjemmet er klar, fx iltbehandling ved KOL
- I journal fremhæves det, hvad der skal afklares på sidste stuegang, således at der er en klar plan med fokus på udskrivelse
- Evt. inddragelse af pårørende forberedes

Investeringer

Initial investering: Let forbrug af personalekapacitet mhp. at identificere hvordan arbejds gange skal optimeres, eks. igennem workshops. **Løbende omkostninger:** Ingen løbende omkostninger efter at initiativet er implementeret

Dagen for udskrivelse: tavlemøde



Daglige tavlemøder hjælper med prioritering af stuegang

- Det er essentielt, at tavlemøderne er tværfaglige, således at **plejepersonale** med kendskab til patienterne kan hjælpe med at prioritere udskrivelserne

Stuegang af patienter kan indføres efter en kategorisering i tre kategorier:

- **Kategori 1 (højeste prioritet):** Patienter, der har oplevet akut forværring i deres tilstand, tilses først
- **Kategori 2 (næste prioritet):** Patienter, der er raske nok til at blive udskrevet, tilses derefter
- **Kategori 3 (laveste prioritet):** Patienter, der ikke har akutte problemstillinger og som godt kan tåle af vente på svar på blodprøve eller medicinjusteringer, tilses til sidst

Dagen for udskrivelse: stuegang



Stuegang gås efter prioritering

- Tilstedeværelse af den nødvendige beslutningskraft sikres

Stuegang kan derudover forbedres ved at:

- Forbedre fremmødeprofilen ift. **læger** og **sygeplejersker**, evt. ved at **speciallæger** møder tidligere og starter stuegang på udvalgte patienter
- Ændre tidspunktet for tavlemøde og morgenkonference
- Sikre kontinuitet for patienter gennem initiativ 9 *Patientansvarlig læge* og 13 *Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient*
- Fokuserer på blodprøvesvar for alle relevante patienter tidligt på dagen

Yderligere baggrundsmateriale

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2015): Sikkert Patientflow - Erfaringer fra et forbedringsprojekt
- Weekend stuegang - Sygehus Lillebælt

IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Forberedelse og tidlig stuegang kan reducere fleksibilitet for læger og kan derfor være vanskeligt at implementere**
- **Vanskeligt at ændre vagtplanlægning med henblik på tidligere stuegang, da vagttidspunkter har været standard i mange år og derfor kan møde modstand**
- **Store afhængigheder til andre aktører** fx andre afdelinger og kommuner medfører, at afdelingerne ikke selv kan kontrollere en række centrale elementer såsom, hvornår de relevante prøvesvar og skanninger foreligger, varslingsstidspunkt mv.



Hvordan barrieren adresseres

- ✓ Forudsætter tydelig ledelsesmæssig opbakning og prioritering af initiativet fx ved at dele positive patientoplevelser
- ✓ Det kan være relevant at afholde et indledende personalemøde med henblik på at sikre forventningsafstemning og enighed om nye arbejdsgange
- ✓ Ændringer i vagtplan skal ske indenfor overenskomst-mæssige rammer
- ✓ Der forsøges så vidt muligt at planlægges under hensyntagen til personalets ønsker til vagtplaner
- ✓ Kræver tværsektorielt samarbejde på ledelsesniveau
- ✓ Centralt at tydeliggøre effekter af tidligt varslingsstidspunkt overfor kommune og omvendt, da dette kan sikre større gennemsigtighed omkring afhængigheder og bidrage til et bedre samarbejde (fx via fælles temadag eller kompetencekurser)



Andre opmærksomhedspunkter

- Udover at fokusere på udskrivning tidligt på dagen kan stuegang i weekenden indføres. Fx som på Sygehus Lillebælt, hvor læger på vagt om fredagen, vurderer hvilke patienter, der skal gås stuegang på henover weekenden. Dette sker ud fra en betragtning om, hvilke patienter, der forventes at kunne udskrives henover weekenden
- Status for udskrivelsesplan revurderes om nødvendigt i weekenden for at muliggøre, at der kan planlægges efter en eventuel udskrivning tidligt mandag morgen fx ved gennemgang af nyt estimeret udskrivningstidspunkt på tavlemøde
- Der skal skabes sikre og entydige arbejdsgange omkring prøvesvar i weekender for at muliggøre udskrivelser



V. Effekt

Estimeret kapacitetsforbedring

Primære kapacitetseffekt

- Fokus på udskrivning tidligt på dagen reducerer sengedøgn for patienter, der ellers ville forblive indlagt en ekstra dag
- Ved at udskrive tidligt på dagen, skabes der plads på afdelingen til nye indlæggelser i løbet af dagvagten, hvor den personalemæssige kapacitet er størst

Sekundær kapacitetseffekt

- Reducerer ventetider i akutmodtagelsen, der ofte er en konsekvens af forsinkede udskrivelser fra sengeafdelingen, idet dette resulterer i 'flowstop' igennem hele systemet

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Effektmål: Sengedøgn
- Estimeret gennemsnitlig effekt på case-afdelinger uden udbredelse (bruttoeffekt): 7%
- Estimeret gennemsnitlig udbredelse på case-afdelinger: Mellem/høj (~60%)
- Estimeret potentiale på gennemsnitlig afdeling (20 senge, max 85% udbredelse): 1,2-3,0 sengedøgn for medicinske patienter uge

Kvalitativ effekt for patient og personale

- Øger patienttilfredsheden, idet det er rarere for patienter at blive udskrevet i løbet af dagen fremfor om aftenen. Ligeledes muliggør det, at patienter hurtigere kan komme tilbage til eget hjem
- Det giver ro for plejepersonalet, at der planlægges fremad, så alt er klart til udskrivelse af patienten



I sengeafsnittet arbejder man med et notat hvor vi skriver et forventet udskrivningstidspunkt. Det varsler fysioterapeuten kontinuerligt med (i.e. til kommunen).

- Afdelingssygeplejerske



Hvis man timer det ordentligt kan man tage nye patienter ind

- Speciallæge



Morgenmøder frigiver allerede noget tid. Hjælper med at sikre timing af udskrivning og prioritering af stuegang

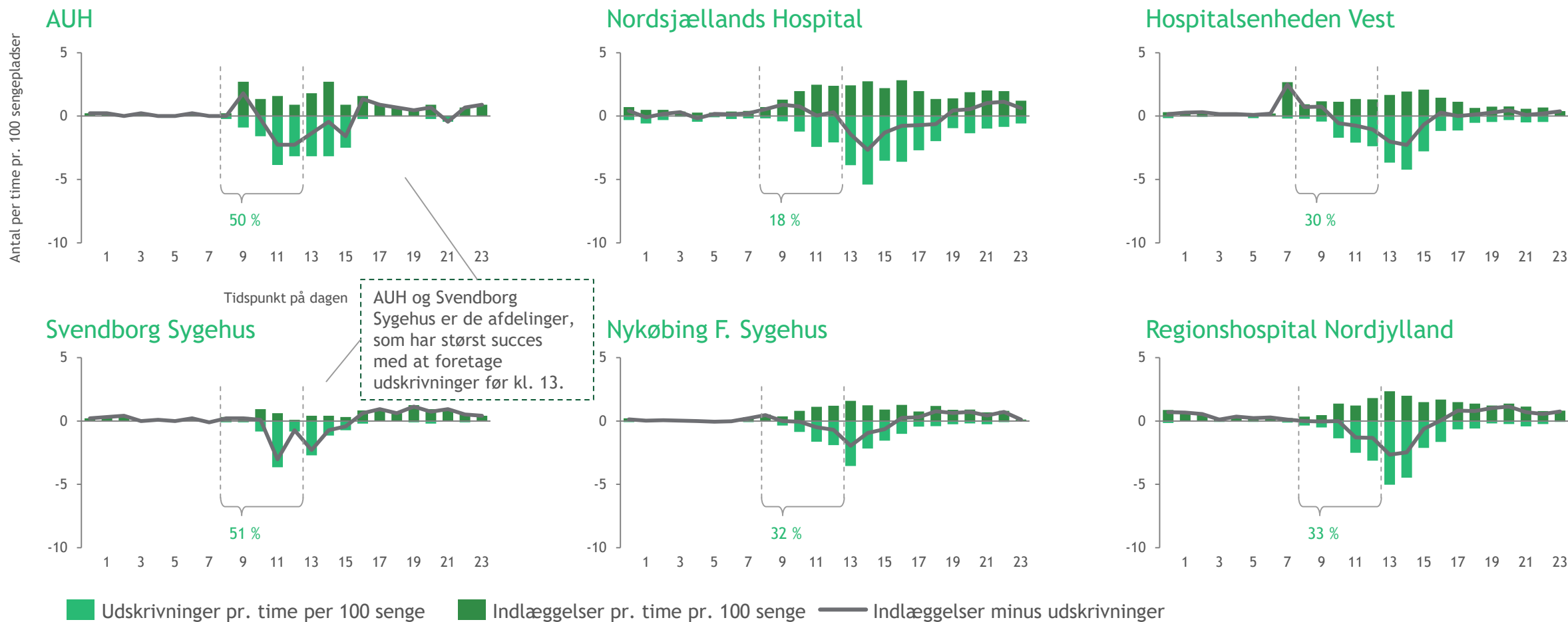
- Ledende overlæge



Meget at hente på det, fordi man undgår hele indlæggelsesdøgn

- Sygeplejerske

Forskellen mellem indlæggelser og udskrivninger på medicinske afdelinger på timebasis pr. 100 senge



Gennemsnitlige antal indlæggelser og udskrivninger er beregnet på baggrund af data fra september 2017. Gennemsnitlige indlæggelser og udskrivninger er standardiseret på baggrund af antal sengepladser i januar 2018. Nordsjællands Hospital indbefatter lunge- og infektionsmedicinsk afdeling, Hospitalsenheden Vest indbefatter hele den medicinske afdeling (inkluderer ikke blot lungemedicin), mens Regionshospital Nordjylland indbefatter hele det medicinske center. Kilde: Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Sundhedsdatastyrelsen

6

Tidlig fastsættelse af
estimeret
udskrivelsestidspunkt

Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt

Observeret hos bl.a. Svendborg Sygehus¹; Hospitalsenheden Vest²; AUH³ og Regionshospital Nordjylland



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 7 - Udfordringer omkring udskrivelser fører til u hensigtsmæssige ekstra sengedøgn:

- Udskrivelse af patienter er en tidskrævende opgave, og når arbejds gange derfor ikke er planlagt tilstrækkeligt omkring en prioritering af udskrivninger prioriteres kan opstå en udfordring med u hensigtsmæssige ekstra sengedøgn

Udfordring 8 - Kommuner er ikke klar til at modtage færdigbehandlede patienter:

- Efter at patienter er udredt og registreret medicinsk færdigbehandlet forekommer det, at patienter forbliver indlagte i yderligere døgn pga. forhold i kommunalt regi. Dette kan i nogle tilfælde skyldes sen varsling bl.a. pga. utilstrækkelig planlægning omkring et forventet udskrivningstidspunkt



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Hurtigst muligt efter indlæggelse fastsættes et forventet udskrivelsestidspunkt i samarbejde mellem læge og plejepersonale
- Forventet udskrivningstidspunkt fungerer som en gennemgående rettesnor for interne og eksterne arbejds gange i patientforløbet
- Forventet udskrivningstidspunkt fremgår på flow-tavler
- Der kan afholdes målsamtaler for relevante patientgrupper, hvor patient orienteres og inddrages i forventet udskrivningstidspunkt
- For ældre og sårbare patienter kan det forventede udskrivningstidspunkt med fordel kommunikeres til pårørende for at forventningsafstemme, skabe tryghed og reducere mængden af afbrydelser i form af løbende telefonhenvendelse

Investeringer

- Målsamtaler har løbende omkostninger i form af 30-minutters personaletid per indlæggelse for relevante læger og plejepersonale

Tidshorisont

- Umiddelbart efter, at der opnået ledelsesmæssig opbakning



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Der fastsættes klare mål for forventet udskrivningstidspunkt tidligt i patientens forløb

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Klar målsætning for udskrivelsestidspunkt giver en klar fælles rettesnor, så det sundhedsfaglige personale i højere grad kan tænke rettidig udskrivning ind i tilrettelæggelsen af arbejds gange og igangsætte planlægning
- Dette sikrer mest optimal indlæggelsestid for patienter samt mere effektiv udskrivning



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- Begrænsede personaleressourcer kan lede til nedprioritering af målsamtaler.** Af denne grund er det afgørende med en tydelig ledelsesmæssig prioritering af indsatsen

Andre opmærksomhedspunkter

- Det er afgørende, at målsamtaler kun afholdes med tilstedeværelse af relevante medarbejdere således, at ressourcetrækket reduceres til det mindst mulige
- Det er centralt at et øget fokus på udskrivninger ikke sker på bekostning af en stigning i genindlæggelser. Derfor bør disse indikatorer hele tiden holdes op imod hinanden og skal derfor monitoreres samtidigt



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 3,8-5,9 sengedøgn for medicinske patienter/uge¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Mellem/høj (~60%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Målsamtaler for relevante patientgrupper kan frigive tid for plejepersonalet, idet det kan være med til at reducere mængden af henvendelser fra pårørende

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

- Mere vished omkring forløbet for patient og pårørende pga. klar plan for udskrivning
- En tidlig fastsættelse af udskrivningstidspunkt muliggør, at planlægningen af komplicerede udskrivelser kan iværksættes og kommune og almen praksis kan inddrages tidligt i forløbet



Kunne potentielt korte en dag af indlæggelsen for hver 2. patient, hvis alt spillede

- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Søren Jakobsen (ledende overlæge); 2. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator); 3. Solveig Kær Rasmussen (afdelingssygeplejerske)

Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt kan understøttes af et generelt fokus på patient-flow og suppleret af målsamtaler



Et gennemgående fokus på udskrivinger kan understøttes af flow-tavler

Fx Hospitalsenheden Vest

Om tilgangen

- Hurtigst muligt efter indlæggelse estimeres et forventet udskrivelsestidspunkt
- Det forventede udskrivningstidspunkt kommunikeres til kommune og eventuelt til pårørende
- Det forventede udskrivningstidspunkt anføres på flow-tavler på afdelingen, og dermed synliggøres det for alle på afdelingen
- Understøtter et generelt fokus på udskrivinger
- Særligt i forbindelse med tavlemøder kan et synligt forventet udskrivningstidspunkt være med til at sikre, at patienter, som skal udskrives samme dag, prioriteres gennemgået tidligt ved stuegang

Forudsætninger for implementering

- Der vurderes ikke at være særlige forudsætninger for initiativets indførelse (dog forudsættes opstilling af flow-tavler, såfremt dette ikke allerede er tilgængeligt)



Fokus på de næste sider

Målsamtale med fokus på estimeret udskrivningstidspunkt afholdes med udvalgte patientgrupper *Geriatrisk afdeling, Regionshospitalet Nordjylland*

Om tilgangen

- Hurtigst muligt efter indlæggelse afholdes en målsamtale
- Til samtalen deltager patient, læge og plejepersonale, og derudover evt. terapeuter eller diætister
- Konklusionerne fra samtalen sammenfattes i et skriftligt notat, der kommunikeres til patient og pårørende
- Allerede efter den første målsamtale kan afdelingen orientere kommunen om det forventede udskrivningstidspunkt
- Målsamtaler er særligt relevant for skrøbelige og komplekse patienter
- Målsamtaler kan være en måde at erstatte mange mindre og adskilte samtaler og dermed sikre en mere effektiv forventningsafstemning med patient og pårørende

Forudsætninger for implementering

- Det er en forudsætning, at der kan afsættes tid til målsamtaler samt at dette prioriteres til udvalgte patientgrupper



III. Implementering

Initiativet medvirker til at interne arbejdsgange centrerer mere om udskrivelser og muliggør bedre koordinering med primærsektor

Inden implementering af initiativ



Beslutninger der skal tages inden implementering

- **Afdelingen** laver en målsætning for, hvornår i patientforløbet udskrivningstidspunktet skal være fastsat. Dette vil være afhængigt af liggetiden på afdelingen
- Beslutningen kan tages indenfor 24-48 timer på afdelinger med relativt lange indlæggelser (f.eks. geriatrisk afd.), mens det vil være hensigtsmæssigt at koordinere udskrivningstidspunktet tidligere ved kortere indlæggelser
- **Afdelingen** vurderer, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at inddrage **terapeuter** i beslutningen, hvilket afhænger af det terapeutiske behov for den pågældende patient samt tilgængeligheden af terapeuter



Hurtigst muligt efter indlæggelse



Samtale afholdes med patient, læge og plejepersonale

- Hurtigst muligt efter indlæggelse fastsætter **læge og plejepersonale** et forventet udskrivelsestidspunkt i samarbejde med **patienten** og **pårørende**
- Ved behov for målsamtale med patient/pårørende planlægger **lægesekretærer** denne
- Agenda og tidsramme (fx 30 min., hvoraf **læger** deltager i 10 min, som på Regionshospital Nordjylland) for målsamtaler fastlægges på forhånd, for at sikre at tiden udnyttes på bedste vis
- Til samtalen deltager **patient, læge** og **plejepersonale**, og evt. **terapeuter** eller **diætister**
- Konklusionerne fra samtalen sammenfattes i et skriftligt notat, der kommunikerer til patient og pårørende (som på Regionshospital Nordjylland)
- **Sekretærer** kan evt. ringe og informere **pårørende** om deres mulighed for at deltage (som de gør på Svendborg Sygehus)
- Inddragelsen af **pårørende** kan skabe klarhed og forhindre u hensigtsmæssige telefonhenvendelser, og er særligt værdifuldt i forbindelse med **ældre og skrøbelige patienter**

Under selve indlæggelsen



Personalet benytter det forventede udskrivningstidspunkt som rettesnor

- **Læger og plejepersonale** benytter det forventede udskrivelsestidspunkt som et redskab til at indrette arbejdsgange, så de nødvendige opgaver relateret til udskrivning prioriteres internt på afdelingen
- Klarhed omkring udskrivningstidspunkt kan eksempelvis medvirke til at **medicinsk færdigbehandlede patienter** prioriteres til tidlig stuegang med henblik på at undgå u hensigtsmæssige sengedøgn
- Derudover kan det **sundhedsfaglige personale** tidligt igangsætte interne opgaver såsom pakning af patientens medicin. Der kan tages stilling til spørgsmål relateret til udskrivning, som f.eks. hvorvidt patienten skal have IV-medicin og hvorvidt de har mulighed for at komme hjem med en evt. sonde

Inden udskrivning



Afdelingen koordinerer tidligt med primærsektoren

- Allerede efter den første målsamtale kan **afdelingen** orientere **kommunen** om det forventede udskrivningstidspunkt
- På grund af den tidligere varsling øges sandsynligheden for at **kommunen** kan have relevante hjælpemidler og evt. aflastningsplads klar ved udskrivning
- Hvis **læger** eller **plejepersonale** vurderer, at det forventede udskrivningstidspunkt bør ændres, skal en opdatering meddeles til **kommunen**

Tidshorisont

- Initiativet forudsætter forholdsvis lidt planlægning og forberedelse, og kan derfor implementeres umiddelbart efter, at der opnået ledelsesmæssig opbakning

Investeringer

Løbende omkostninger: Fastsættelse af estimeret udskrivningstidspunkt indgår som en del af normal stuegang. Målsamtaler involverer løbende omkostninger i form af 30-minutters personaletid per indlæggelse for relevante læger og plejepersonale.

Yderligere baggrundsmateriale

- Eksempel på målsamtale
- Instruks for forløbskonferencer
- AUH: samtale og individuel plan - når du er indlagt på Ældrepsykiatri

IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Begrænsede personaleressourcer kan lede til nedprioritering af målsamtaler.** I travle perioder kan målsamtaler bliver nedprioriteret til fordel for andre aktiviteter, hvilket kan stå i vejen for fuld realisering af initiativets potentiale



Hvordan barrieren adresseres

- Udover ledelsesmæssig opbakning, er det nødvendigt at sikre tilslutning blandt læge- og plejepersonalet på afdelingen. Det er således vigtigt at understrege de overordnede positive effekter af at operere med et estimeret udskrivningstidspunkt, også i travle perioder

Andre opmærksomhedspunkter

- **Risiko for fejlanvendt personalekapacitet:** Det vil ikke altid være relevant at involvere flere faggrupper i målsamtaler. Det er derfor nødvendigt at identificere de tilfælde, hvor fx terapeuter eller diætister ikke behøver inddrages i fastsættelsen af udskrivningstidspunktet. Dette kan enten gøres overordnet ift. afdelingen (som på Svendborg Sygehus, hvor terapeuter ikke længere indgår i målsamtaler) eller ud fra en vurdering af hvert enkelt patients situation
- **Det er centralt at et øget fokus på udskrivninger ikke sker på bekostning af en stigning i genindlæggelser.** Derfor er det vigtigt at personalet kontinuerligt tager stilling til patientens udvikling og afstemmer det forventede udskrivningstidspunkt derefter. Ligeledes er det afgørende, at der ikke fokuseres ensidigt på at nedbringe liggetiden, men at liggetid og genindlæggelser hele tiden holdes op imod hinanden og derfor monitoreres indikatorerne samtidigt



V. Effekt

Estimeret kapacitetsforbedring

Primære kapacitetseffekt

- Reduktion i sengedøgn for medicinske patienter grundet øget fokus på estimeret udskrivningstidspunkt, hvilket skaber en fælles rettesnor på tværs af faggrupper og sektorer
- Dette er særligt relevant for afdelinger med længere liggetid (eksempelvis geriatriske afdelinger), hvor potentialet vurderes at være størst

Sekundær kapacitetseffekt

- Frigivet tid for plejepersonalet, idet muligheden for en målsamtale reducerer mængden og længden af telefonhenvendelser fra pårørende

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- **Effekt mål:** Sengedøgn for medicinske patienter
- **Estimeret gennemsnitlig effekt på case-afdelinger uden udbredelse (bruttoeffekt):** 13%
- **Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling:** 3,8-5,9 sengedøgn for medicinske patienter/uge
- **Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ:** Mellem/høj (60%)

Kvalitativ effekt for patient og personale

- Inddragelse af patient og pårørende medvirker til mere vished om hele forløbet og bidrager til tryghed omkring indlæggelsen
- Input fra pårørende giver det sundhedsfaglige personale bedre mulighed for at tage hensyn til patientens behov, hvilket er særligt relevant for skrøbelige og ældre patienter



Målsamtaler er jo tidskrævende. Men det er dét værd og tiden vindes igen! Pårørende bliver hørt og det er rigtig vigtigt at få de pårørende med ind over. Det gør udskrivelsesforløbet meget mere effektivt, fordi man får svar på alle nødvendige spørgsmål på denne halve time.

- Sygeplejerske



Det er generelt godt at der bliver sat ord på hvor vi er på vej hen, og det betyder meget for patienten. Det gør at patienten ved, hvordan vi ser situationen, og føler sig tryk i sit indlæggelsesforløb.

- Speciallæge



Det leder til færre ad hoc henvendelser fra pårørende, fordi de kan stil spørgsmål til samtalen i stedet, så der frigives meget tid for sygeplejerskerne.

- Ledende overlæge

7

Tværgående samarbejde omkring patientgruppe

Tværgående samarbejde omkring patientgruppe

Observeret hos bl.a. Svendborg Sygehus¹; AUH²; Regionshospital Nordjylland og Sygehus Lillebælt



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 6 - Udfordring i forbindelse med samarbejde på tværs af afdelinger: Der forekommer uhensigtsmæssig ventetid på tilsyn/assistancer fra andre afdelinger. Dette kan dels være pga. travlhed på lægernes egen afdeling og dels fordi tilsyn/assistancer ikke prioriteres i samme grad som gennemgang af patienter på egen afdeling. Af denne grund forlænges patientens liggetid. Ligeledes kan det betyde, at der opstår komplikationer og genindlæggelser, som kunne være undgået. Derudover kan forekomme afdelingsskift som følge af et manglende samarbejde. Fx indlægges kirurgiske patienter til iltbehandling, men patienterne har samtidig et stort behov for mobilisering og genoptræning, som afdelingen ikke har kapacitet/kompetencer til



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Afdelingen, hvor patienten er indlagt, identificerer behov for inddragelse af andre specialer for at sikre tilsyn i rette tid
- Speciallæger varetager stuegangsfunktion for udvalgte patienter på andre afdelinger
- Med. afdelinger inddrages fx til medicingennemgang af kirurgiske patienter eller faldudredning af ældre med lavenergibrud, fremfor at patienten fx indlægges kortvarigt på med. afd. efter operation

Investeringer

- Kan kræve en mindre opnormering i ressourceforbruget af læger

Tidshorisont

- Under forudsætning af ledelsesmæssig opbakning til ændring af arbejdsgange kan det implementeres indenfor en kort tidsperiode
- Det kan være nødvendigt at afholde kompetenceudvikling forud for implementering for at gøre personalet bedre i stand til at identificere hvornår, det er relevant at inddrage andre specialer



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Afdelinger arbejder i højere grad sammen om effektiv udredning/behandling af patienter, der kræver involvering af flere specialer

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Gennem en effektiv involvering af relevante specialer på det rette tidspunkt sikres et komprimeret patientforløb, som muliggør, at patienten hurtigere kan udskrives
- Gennem en helhedsorienteret indsats undgås komplikationer i patientforløbet og dermed færdigbehandles patienterne hurtigere



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- De kan opleves vanskeligt for speciallæger at finde tid til at tilse patienter på andre afdelinger, hvorfor en ledelsesmæssig prioritering af initiativet er afgørende
- **Organiseringen omkring specialer og silo-tænkning** kan være en udfordring ift. at implementere arbejdsgange, som i højere grad samarbejder omkring patientforløbet og gør det vanskeligt at sikre inddragelse af det relevante speciale på rette tid i patientforløbet

Andre opmærksomhedspunkter

- Det kan være vanskeligt at koordinere stuegang på tværs af flere specialer, hvilket kan føre til, at sygeplejersker går stuegang af flere runder med de forskellige speciallæger



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 1,8-3,6 sengedøgn for med. patienter/uge¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Lav (-40%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Et mere helhedsorienteret perspektiv på patienten og årsagerne bag indlæggelsen reducerer uhensigtsmæssige genindlæggelser

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

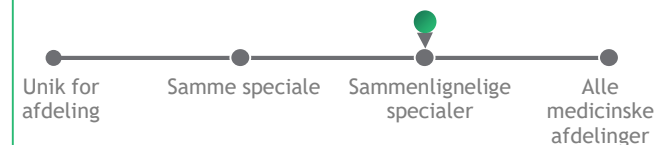
- Skaber tryghed og øger kvalitet, at patienter tilses og behandles af relevante specialer
- Kan reducere antallet af afdelingsskift, som er belastende for patienten, ved at skift kun sker ved længerevarende indlæggelse
- En oplevelse af et effektivt tværfagligt samarbejde kan øge medarbejdertilfredshed og vidensdeling på tværs af afdelinger



Vi får 3-5 patienter om dagen med hoftefraktur, der kunne udskrives 1-2 dage før

- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Søren Jacobsen (ledende overlæge); 2. Kristine Bruun Degn (overlæge) og Solveig Kær Rasmussen (afdelingssygeplejerske)



III. Implementering

Initiativet bidrager til en mere helhedsorienteret tilgang til patienter og forbedrer samarbejde på tværs af afdelinger

Inden implementering af initiativ



Klart samarbejdsgrundlag

- Der fastsættes klare kriterier for, hvilke **patientgrupper**, der inkluderes
 - Fx + 65 årige med hoftenær fraktur
- Det afklares, hvorvidt der er behov for et indledningsvist kompetenceudviklingsprogram med henblik på at give **læger** og **plejepersonale** dybere indblik i hinandens specialer, således at de er bedre i stand til at inddrage andre afdelinger, når dette er relevant
- Der etableres klare aftaler om, hvilken afdeling og hvilken personalegruppe der har ansvaret for hvad og hvornår



Eksempel fra Svendborg Sygehus med geriatrisk stuegangsfunktion på +65 årige patienter indlagt på ortopædkirurgisk afdeling med hoftenær fraktur. Den konkrete arbejdsdeling kan variere alt efter, hvad der vurderes hensigtsmæssigt

Stuegangsfunktion på anden specialafdeling



- **Geriatrisk speciallæge** går stuegang på alle ny-opererede +65 årige patienter med hoftenær fraktur
- **Geriatrisk afdeling** gennemgår liste med patienter med hoftenær fraktur to gange dagligt (klokken 10 og 14).
- Ved anmodning om tilsyn/assistance fra geriatrisk afdeling inden kl. 10 udføres det samme dag og hvis tid igen efter klokken 14. Ellers foretages tilsyn/assistance den førstkomende postoperative hverdag på ortopædkirurgisk sengeafsnit
- Vurdering indbefatter gennemgang af den ortopædkirurgiske primærjournal
- **Geriatrisk speciallæge** vurderer om der er behov for faldudredning og udredning for osteoperose. Såfremt der er behov herfor skriver **ortopædkirurgisk sekretær** henvisning til udredning i ambulans forløb ca. 3 mdr. efter udskrivelse
- **Geriatrisk speciallæge** varetager medicingennemgang

Udskrivelse



- **Ortopædkirurgiske læger** skriver primærjournal, epikrise, afstemmer FMK ved udskrivelsen og indberetter til kliniske databaser

Tjekliste til at etablere et klart samarbejdsgrundlag (ikke udtømmende):

- ✓ Der skal tages stilling til tidspunktet for stuegangsfunktion på anden afdeling (fx første postoperative hverdag ved medicinsk tilsyn/assistance på kirurgisk afdeling)
- ✓ Det skal besluttes, om den ikke-behandlingsansvarlige læge kan udføre ordinationer inkl. medicin
- ✓ Der skal etableres en klar arbejdsdeling i forhold til hvilken afdeling, som har ansvar for:
 - At vurdere prøvesvar (**læge**)
 - At afholde samtaler med patient og pårørende (**sygeplejerske** eller **læge**)
 - Medicingennemgang og efterfølgende tilretning i medicinskemaet (**læge**)
 - At skrive primærjournal (**læge**)
 - At skrive epikrise (**læge**)
 - Afstemme og ajourføre FMK ved udskrivelse (**læge**)
 - Indberetning til kliniske databaser (**læge**)
 - Diktering (**lægesekretær**)

Tidshorisont

Ved ledelsesmæssig opbakning kan initiativet igangsættes indenfor en kort tidsperiode, men ændring af arbejdsgange tager tid at implementere i praksis. Det kan være nødvendigt at afholde kompetenceudviklingskurser for at opnå det fulde potentiale

Investeringer

- **Initial investering:** der kan være ekstra investeringer i kompetenceudviklende kurser. Kan afholdes af interne ressourcer
- **Løbende omkostninger:** Mindre opnormering i speciallæger. På Svendborg var ressourceforbruget 0,68 ÅV per 300 patienter

Yderligere baggrundsmateriale

- Materiale fra Svendborg sygehus: geriatrisk stuegangsfunktion på +65 årige patienter indlagt på afdeling O i Svendborg med hoftenær fraktur

8

Målrettet håndtering af patienter med multiple lidelser

Måltrettet håndtering af patienter med multiple lidelser

Observeret hos bl.a. AUH¹; Regionshospital Nordjylland; Silkeborg Sygehus; Holbæk Sygehus og Udviklingshospital Bornholm



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 3 - Uoverensstemmelse mellem patientbehov og personaleressourcer: Multisyge patienter trækker mange ressourcer og har komplekse forløb, som trækker på flere specialer

Udfordring 5 - U hensigtsmæssige ambulante besøg: Multisyge patienter kan opleve, at de skal ind til mange forskellige ambulante besøg

Udfordring 6 - Udfordring ifm. samarbejde på tværs af afdelinger: Blandt andet pga. en utilstrækkelig koordinering og samarbejde på tværs kan multisyge patienter opleve, at der ikke tages hånd om sekundære diagnoser, at der forekommer uhensigtsmæssig ventetid på tilsyn fra andre afdelinger, at forløbet ikke er tilrettelagt som en samlet indsats, og at de bliver sendt på kryds og tværs af afdelinger for at blive udredt og behandlet



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Koordinering mellem specialer sikrer, at patienten får dækket flere udrednings- og/eller behandlingsbehov under ét eller få besøg
- Den multidisciplinære indsats resulterer i en samlet handlingsplan, der sikrer en helhedsorienteret og koordineret planlægning af patientens videre forløb på tværs af specialer
- Derudover kan der foretages en gennemgang af medicin, hvor alle patientens lidelser inddrages samtidigt
- Indsatsen for multisyge kan organiseres og implementeres på flere måder, f.eks. som en specialiseret klinik på sygehuset og/eller multidisciplinær konferencer (MDT) på tværs af afdelinger

Investeringer

- Øget ressourcetræk på speciallæger. Afhængigt af udformning kan der være investeringer ifm. oprettelse af specialiseret klinik

Tidshorisont

- Konferencer har en kort implementeringsperiode - længere for klinik



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Der anlægges en multidisciplinær tilgang, hvor der trækkes på specialiseret viden på tværs af faggrupper, og hvor der udarbejdes én samlet handlingsplan, der sikrer en holistisk tilgang til patientens behandlingsbehov og videre forløb

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Gennem en helhedsorienteret multidisciplinær tilgang sikres rettidig inddragelse af relevante specialer og dermed en mere effektiv udredning og/eller behandling, som muliggør at patienten kan udskrives tidligere



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Risiko for ineffektiv brug af specialiseret personale** ifm. multidisciplinære aktiviteter, idet det forudsætter deltagelse af repræsentanter fra relevante specialer og faggrupper
- **Vanskeligt at frigøre den fornødne speciallægetid** til MDT
- **Kræver meget planlægning.** Multidisciplinære konferencer og udredning samme dag forudsætter en høj grad af koordinering på tværs af specialer og med radiologisk afdeling
- **Eksisterende specialeopdelte arbejdsgange og indsatser**

Andre opmærksomhedspunkter

- Praktiserende læge har rolle som tovholder for forløb og sikrer opfølgning - koordinering med almen praksis er derfor afgørende



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 0,6-1,4 færre sengedøgn for patienter med multiple lidelser per uge¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Lav (~30%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Kan bidrage til at reducere genindlæggelser gennem en mere helhedsorienteret udredning og/eller behandling, som sikrer, at patienten ikke indlægges med en anden primær sygdom kort tid efter indlæggelse

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

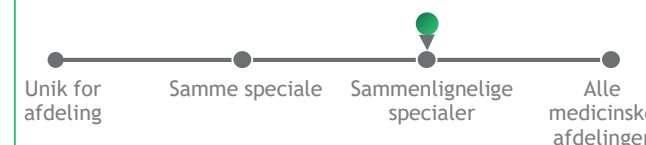
- Øget patienttilfredshed idet det undgås, at patienter 'tabes' mellem specialer og skal ind til mange forskellige undersøgelser
- Der sikres et bedre samarbejde på tværs af afdelingerne, som øger kvalitet af behandling



I stedet for at multisyge patienter har mange ambulante besøg i forskellige ambulatorier, kan det samles på én dag på tværs af specialer

- Læge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Kristine Bruun Degn (overlæge) og Solveig Kær Rasmussen (afdelingssygeplejerske)

Målrettet håndtering af patienter med multiple lidelser kan udføres på forskellige måder

Uddybes samlet på næste sider, men med primært fokus på intern klinik



Klinik internt på hospitalet målrettet multisyge patienter

Klinik for multisygdom, Regionshospital Midt, Silkeborg

Om tilgangen

- Oprettelse af klinik på hospitalet til håndtering af multisyge patienter
- Patienten tilknyttes en forløbskoordinator (eventuelt praktiserende læge), der følger overgange på tværs af sektorer
- Klinikken samler specialiseret viden på tværs af faggrupper (eks. læger, sygeplejersker, farmaceuter, fysio- og ergoterapeuter, socialarbejdere)
- Undersøgelser samles på en enkelt dag eller få dage, når dette er muligt
- Forud for patientens besøg gennemgår læge alle patientens tidligere indlæggelser og undersøgelser
- Under besøget gennemgås medicin med speciallæge eller farmaceut
- Det aftales med patient om behandling fremadrettet skal ske hos praktiserende læge eller i et ambulans forløb

Forudsætninger for implementering

- Det er nødvendigt, at der er fysisk kapacitet til oprettelse af klinikken på hospitalet
- Derudover er en forudsætning, at der er specialiseret personale, som kan dedikeres til den nye enhed (eks. læger, sygeplejersker, farmaceuter, fysio- og ergoterapeuter, socialarbejdere)
- Særligt relevant for brede medicinske afdelinger



Fælles multidisciplinære team-konferencer (MDT)

Klinik for multisygdom, Regionshospital Midt, Silkeborg. Anvendes også bredt på kræftområdet på tværs af alle sygehuse

Om tilgangen

- Der afholdes multidisciplinære konferencer med deltagelse af speciallæger fra relevante medicinske specialer, hvor patienter og behandlingsforløb gennemgås
- Det kan aftales at andre specialer (fx neurologi) deltager på udvalgte dage
- Det kan også være relevant med deltagelse af specialiseret personale fra andre faggrupper (sygeplejersker, farmaceuter, fysio- og ergoterapeuter, socialarbejdere mv.)
- Forløbskoordinator præsenterer patient-case, og øvrige repræsentanter byder ind med deres input
- På konferencen lægges en samlet behandlingsplan
- Efterfølgende informeres patient om den foreslåede samlede behandlingsplan og evt. anbefalede medicinændringer
- MDT-konferencer kan fungere som et led i forløbet på en intern klinik for multisyge eller som et selvstændigt tiltag på tværs af medicinske afdelinger

Forudsætninger for implementering

- Initiativet forudsætter, at der kan afsættes personaleressourcer til af afholde konferencerne
- Ligeledes er det afgørende, at der etableres en effektiv planlægning og rækkefølge af patient-cases, så personale ikke skal sidde med til drøftelser, hvor det ikke er relevant for deres speciale

III. Implementering

Målrettet håndtering af patienter med multiple lidelser sikrer effektive patientforløb og en helhedsorienteret tilgang

Eksempel på et typisk forløb i Klinik for Multisygdom, Regionshospitalet Silkeborg

Inden implementering af initiativ

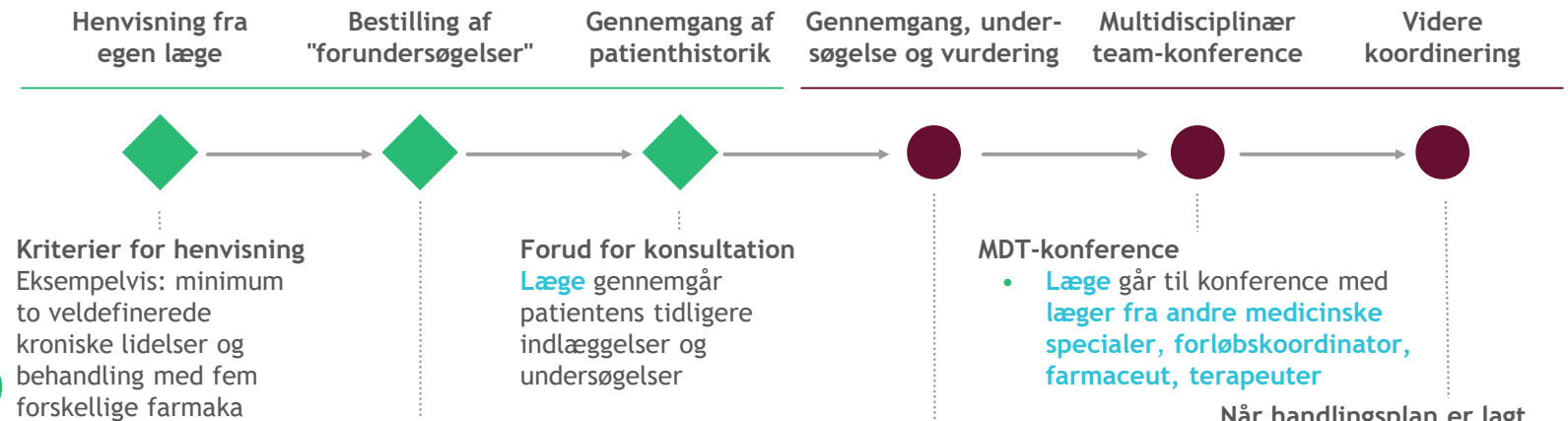
- Det besluttes, hvem der skal have mulighed for at visitere til tilbud (eksempelvis **praktiserende læger**)
- Der etableres klare samarbejdsaftaler om tilbuddet mellem relevante aktører (eksempelvis **praktiserende læge** og **klinik**)
- Målgruppen defineres (eksempelvis patienter med minimum to kroniske sygdomme)

- Forud for implementering kan det desuden være relevant at **afdække relevante patientgrupper nærmere via analyse** af data for multisyge patienter
- Eksempelvis er det relevant at undersøge; hvad der er de mest gængse kombinationer af sygdomme; hvilke kombinationer, der er mest behandlingskrævende samt multisyges kontaktoflader på tværs af afdelinger og sektorer

Tidshorisont

- Tidshorisonten vil afhænge af initiativets udformning
- Multidisciplinære teamkonferencer har en kortere implementeringsperiode, mens oprettelse af klinik vil have en længere implementeringsperiode

Før ankomst til klinikken



Kriterier for henvisning
Eksempelvis: minimum to veldefinerede kroniske lidelser og behandling med fem forskellige farmaka

Når henvisning er modtaget
Læge bestiller undersøgelser (eks. blodprøver), så vidt muligt til samme dag, og **lægesekretær** varetager det administrative forbundet hermed

Forud for konsultation
Læge gennemgår patientens tidligere indlæggelser og undersøgelser

Når patienten ankommer til klinikken

- **Patient** medbringer al sin medicin
- Gennemgang af medicin med en **farmaceut** eller **speciallæge** mhp. at afdække om medicin er afstemt og tænkt sammen på tværs af sygdomme
- Samtale og undersøgelse ved **læge**
- Vurdering ved **fysio- og/eller ergoterapeut** når relevant

MDT-konference

- **Læge** går til konference med **læger fra andre medicinske specialer, forløbskoordinator, farmaceut, terapeuter**

Når handlingsplan er lagt

- **Læge** har samtale med patient, hvor det i fællesskab aftales om behandling skal ske hos **praktiserende læge** eller i et ambulant forløb
- Ved ambulant forløb koordineres indsats på tværs af specialer
- **Praktiserende læge** informeres om forløb og eventuelle ændringer i behandling

Investeringer

Løbende omkostninger: Øget ressourcetræk på specialiseret personale
Investeringer: Såfremt der ikke er eksisterende fysisk kapacitet til oprettelse af klinik, kan der være initiale investeringer. Det vurderes dog ofte at være muligt at etablere med eksisterende ambulatorier

Yderligere baggrundsmateriale

- Trygfonden (2016): Hvidbog om multisygdom
- Region Midtjylland: Klinik for multisygdom og polyfarmaci. Patientinformation

9

Patientansvarlig læge

Patientansvarlig læge

Observeret hos bl.a. AUH¹ og Nykøbing Falster sygehus²



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 3 - Uoverensstemmelse mellem patientbehov og personaleressourcer:

- Patienter med forløb, som går på tværs af afdelinger, kræver en høj grad af koordinering og trækker mange ressourcer.
- Patienter kan opleve, at det er uklart, hvem de skal opsøge for rådgivning, hvis de savner viden om deres sygdom eller forløb

Udfordring 6 - Udfordring ifm. samarbejde på tværs af afdelinger:

- Blandt andet pga. en utilstrækkelig koordinering og samarbejde på tværs af afdelinger kan komplekse patienter opleve, at forløbet ikke er tilrettelagt som en samlet indsats



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Udvalgte patientgrupper, fx multisyge, kroniske og langtidsindlagte patienter, får tilknyttet en patientansvarlig læge, der har funktion som koordinator for det samlede udrednings- og behandlingsforløb på sygehuset
- Den patientansvarlige læge står bl.a. for at 1) sikre inddragelse af patient og pårørende, 2) at der udarbejdes en individuel behandlingsplan, hvor eventuelle påkrævet fagkompetencer fra andre specialer/afdelinger indgår 3) at der er fremdrift i forløbet og 4) at patienten overdrages ordentligt til almen praksis og kommune

Investeringer

- Der kan være et indledningsvist øget ressourceforbrug på speciallæger ifm. implementering, men på længere sigt vurderes initiativet at have et uændret ressourceforbrug

Tidshorisont

- Fuld implementering af ændrede arbejdsgange kan tage 1-2 år



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Patienter med et særligt behov for koordinering tildeles en patientansvarlig læge, som tager ansvar for det samlede behandlingsforløb

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Den patientansvarlige læge sikrer kontinuitet og effektiv koordinering af patientens forløb, hvilket bidrager til bedre og kortere indlæggelser



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Initiativet stiller krav om ændrede arbejdsgange** og det kan være vanskeligt rent logistisk at sikre, at patienten ser den samme speciallæge - særligt for afdelinger med vagtbærende speciallæger
- **Mangel på speciallæger** kan være en barriere for fuld implementering. Men rollen kan varetages af yngre læge
- **Manglende adgang til data på tværs af sektorer** og uklare regler vanskeliggør en effektiv koordinering for patientansvarlig læge

Andre opmærksomhedspunkter

- Patientansvarlig læge er ikke altid den behandlende læge
- Det kan være relevant at registrere den patientansvarlige læge i patientens journal, så det er synligt for ansatte og patienter



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 1,7-3,8 sengedøgn for medicinske patienter per uge¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågående initiativ: Lav/mellem (~40%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Genindlæggelser kan reduceres gennem en bedre koordinering og inddragelse

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

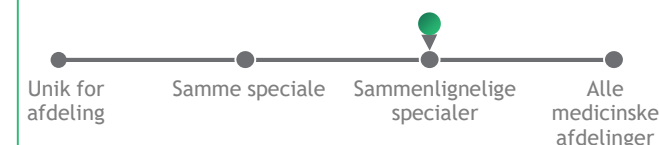
- Patienttilfredshed øges via læge, som er til rådighed ved spørgsmål
- Øget tryghed for patient og pårørende via kontinuitet og én klar indgang til sygehuset
- Øget medarbejdertilfredshed
- Det sikres, at forskellige behandlinger fungerer bedre sammen og dermed øges kvaliteten af forløb



Det ville sænke indlæggelsestiderne, ingen tvivl om det

- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Kristine Bruun Degn (overlæge); 2. Rikke Steener Olsen (ledende oversygeplejerske) og Christian Christiansen (ledende overlæge)



III. Implementering

Patientansvarlig læge bidrager til en effektiv koordinering, sammenhæng og overblik over udrednings- og behandlingsforløbet

Målgruppe

Patientansvarlig læge er særlig relevant for patienter, som:

- Bliver undersøgt eller behandlet flere steder
- Har mere end én sygdom
- Ofte er på hospitalet eller er indlagt i længere tid
- Er i et længere forløb, fordi det er svært at finde ud af, hvad patienten fejler, eller hvordan patienten skal behandles
- Oplever komplikationer med en kronisk sygdom

Organisatoriske forudsætninger

- **Ledelsesmæssigt ansvar** at skabe rammer, herunder også organisationskultur, og en arbejdstilrettelæggelse, der understøtter opgaven
- **Behandlingsansvarlige teams** kan understøtte lægernes mulighed for at varetage rollen
- **Tæt samarbejde på tværs af faggrupper**, hvor alle tager ejerskab for organiseringen og deres område ift. at sikre sammenhængende forløb
- **Styringsværktøjer** der anvendes aktivt til at understøtte indførelsen. Fx arbejdstidsplaner, patientoversigter, ugeprogrammer, elektroniske forløbsoversigter, bookingsystemer og planlægningsmøder
- **Dataadgang** for den patientansvarlige læge til at se patientens data på tværs af afdelinger, hospitaler og regioner og til journalføring

Tidshorisont

Initiativet forudsætter ændringer i arbejdsgange, rutiner og organisationskulturer og derfor vurderes en fuld implementering at have en længere tidshorisont. Indledningsvise effekter vurderes dog løbende at kunne realiseres indenfor en 1-2 årig periode

Opgaver for patientansvarlig læge

Inddragelse af patient



Sikrer inddragelse af patient og pårørende i afvikling og indhold af forløbet

Tager højde for patient og pårørendes præferencer i beslutninger om patientforløbet og forventningsafstemmer

Har løbende dialog med patient efter behov

Individuel behandlingsplan



Sikrer at der foreligger en individuel behandlingsplan

Tilrettelægger behandling med patient, pårørende og sundhedsfagligt personale på afdelingen

Inddrager efter behov kompetencer fra andre specialer/afdelinger

Sikrer at der er en rehabiliteringsplan, når dette er relevant

Fremdrift i behandlingsplan



Patientansvarlig læge inddrages, når afgørende beslutninger om patientens behandlingsplan træffes

Agerer når der er markante afvigelser fra planen

Formidler kontakt mellem patient og relevante behandlende læger

Tager initiativ til evaluering af patientforløb

Overdragelse af patientansvar



Sikrer, at patientforløb er dokumenteret tilstrækkeligt og relevant opfølgning er klart kommunikeret

Sikrer at almen praksis eller anden relevant aktør har modtaget dokumentation

Står til rådighed for sparring med den praktiserende læge eller kommuner ved udskrivelse

Eksempler fra medicinske afdelinger

Arbejdet med at indføre patientansvarlig læge er en del af regeringens Kræftplan IV og regionernes økonomaftale for 2017. Der er iværksat mere end 30 pilotprojekter i de fem regioner med gode erfaringer. I nedenstående fremhæves udvalgte eksempler fra medicinske afdelinger:

- **AUH, Lungemedicinsk afdeling:** Afdelingen er inddelt i teams, som har ansvaret for patienter
- **AUH, infektionsmedicinsk afdeling:** akutte patienter tildeles behandlingsansvarlig speciallæge den næstfølgende morgen efter indlæggelse. Ved ambulante forløb tildeles patienten en kontaktsygeplejerske og patientansvarlig læge ved første besøg
- **Hospitalsenheden Vest, Medicinsk afdeling, hæmatologi:** Indsatsen er organiseret i teams, som sikrer, at patienter har en patientansvarlig læge, og at patienten kun tilses af læger og sygeplejersker dedikeret til teamet

Investeringer

Løbende omkostninger: Der kan være et indledningsvist øget ressourcetræk på speciallæger ifm. implementering, men på længere sigt vurderes initiativet at have et uændret ressourcforbrug jf. erfaringer fra pilotprojekter

Yderligere baggrundsmateriale

- www.patientansvarlig.dk
- Hvidbog for den patientansvarlige læge
- Evaluering af projekt 'Patientansvarlig læge'

10

Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorie

Spildanalyse på sengeafsnit og i ambulatorier

Observeret hos bl.a. Hospitalsenheden Vest¹ og Regionshospital Nordjylland



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Initiativet kan til en vis grad siges at adressere adskillige udfordringer, da spildanalyse er et værktøj til at identificere uhensigtsmæssigheder på tværs af patientforløb. Spildanalyse vurderes dog særligt relevant for nedenstående udfordringer, som alle handler om, at patienter med fordel kunne være blevet udredt og/eller behandlet andetsteds:

Udfordring 1 - Patienter, der kunne behandles i primærsektor, indlægges: Patienter optager uhensigtsmæssig sengekapaцитet

Udfordring 2 - Uhensigtsmæssige visitationer fra modtagelsen: De forkerte patienter visiteres fra modtagelsen og optager senge på afdelingen

Udfordring 5 - Uhensigtsmæssige ambulante besøg: Patienter som kunne gå til kontrol ved almen praktiserende læge er i ambulante forløb



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Spildanalyser, herunder patientinventeringer, kan gennemføres på en afdeling som led i det løbende forbedringsarbejde. Gennemføres på udvalgte tidspunkter, men søges at afspejle en typisk dag
- Medarbejdere og ledere (evt. eksterne) gennemgår og vurderer om det er rette patient i rette seng; om ambulatorier anvendes optimalt; om ressourceanvendelsen og behandling mv. kan forbedres
- Medarbejdere og ledere gennemgår sammen resultater og beslutter relevant opfølgning mhp. en forbedret kapacitetsanvendelse
- Spildanalyser kan både identificere interne flaskehalse og udfordringer i samarbejde på tværs af sektorer

Investeringer

- Kræver at der afsættes tid til analyser for ledere og medarbejdere

Tidshorisont

- Spildanalyser kan gennemføres indenfor en kort tidshorisont. Dog kan det være nødvendigt med oplæring i værktøjer



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Spildanalyser giver et øjebliksbillede af belægningsituation, patientsammensætning og årsag til ventetider/flaskehalse (fx i form af patientinventering, waste identification tool)

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Initiativet giver indsigt i hvor i patientforløbene, der er potentiale for at effektivisere og forbedre indsatsen
- Initiativet har ikke i sig selv en effekt på kapaciteten, men forudsætter en opfølgende indsats på de identificerede flaskehalse



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Det kan være vanskeligt at sikre en tilstrækkelig prioritering af opgaven**, idet der er tale om udviklingsaktiviteter, som ligger ud over almindelige driftsopgaver. Dette kan betyde, at der ikke afsættes tilstrækkeligt med ressourcer til opgaven

Andre opmærksomhedspunkter

- Ledelsesmæssig opbakning er væsentligt både for udførelse og den efterfølgende opfølgning på spildanalysens resultater
- Det er væsentligt at kommunikere formål og begrænsninger med spildanalyser, herunder at formålet er at bidrage til forbedringsarbejde og optimerede arbejdsgange, samt at det ikke er alle uhensigtsmæssigheder, som hospitalet har indflydelse på



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 3-4,4 senedøgn for medicinske patienter/uge¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Lav/mellem (~40%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Kan også muliggøre tiltag, som kan reducere indlæggelser og ambulante besøg

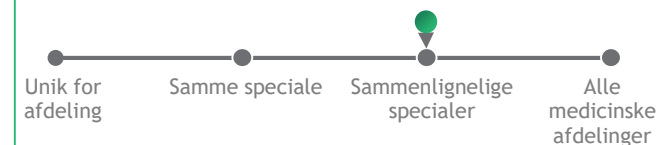
Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

- Kan bidrage til at kvalificere dialog om optimal kapacitetsanvendelse
- Højere medarbejdertilfredshed idet behandling af patienter, som kunne være varetaget andetsteds, kan være en kilde til frustration

Vi har startet en prøvehandling efter at have gennemført patientinventering. Vi har indset, at vi må tilpasse personalefremmødet til patient-flowet. Vi har øget speciallægenes fremmøde i vagten og weekenden, og har omlagt fra døgntilbud til dagtilbud.

- Oversygeplejerske

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



¹ Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator)



III. Implementering

Spildanalyser kan understøtte det generelle udviklingsudarbejde og tilpasses den pågældende situation og opgave

Eksempler på forskellige værktøjer til spildanalyse

Patientinventering på sengeafsnit

- Inventering gennemføres over 1-2 dage
- Forud for inventeringen afholdes informationsmøde for **sygehusledelse** og **afdelingsledelser**
- Patientinventeringen kan gennemføres af erfarent **eksternt inventeringsteam** på 1-3 personer, heraf en **læge** og en **sygeplejerske**
- Opgaven kan løses i samarbejde med **administrativt personale**
- Alle patienter inkluderes, inkl. patienter indlagt om natten
- Dialogbaseret metode underbygget af faktuelle data
- Der tilstræbes konsensus om vurderingen af hver patient
- Patientinventering giver anledning til at identificere patienter, som kunne have haft en mere hensigtsmæssig placering og/eller unødigt ventetid¹
- Opfølgende initiativer kan fx være omlægning til ambulante tilbud og/eller patienthoteller

Tidshorisont

- Spildanalyser kan gennemføres indenfor en kort tidshorisont. Dog kan det være nødvendigt med oplæring i værktøjer

Waste identification Tool (WIT)

- WIT udgør et screeningsredskab til at udvælge fokusområder for andre indsatser
- Kriteriet for "spild" er det **kliniske personales** vurdering med fokus på bedre patientforløb
- Der kan med fordel inddrages eksterne med erfaring med værktøjet
- Patienttavler kan understøtte gennemgang
- WIT kan bidrage til at øge patientsikkerheden samtidig med, at kvaliteten kan øges
- Mulige opfølgende initiativer:
 - Dialog med **kommuner** om færdigbehandlede patienter
 - Justering i antal akuttider i ambulatorier
 - Fokus på plan for indlagte patienter
 - Skærpet fokus på anvendelse af IV-behandling

Investeringer

Løbende omkostninger: Øget ressourcestræk på personale og ledelse. Gennemgang med WIT tager ca. 1-2 timer pr. afsnit. Patientinventering og audit af ca. 25-50 patienter vurderes at kunne gennemføres på 3-4 timer, forudsat at det er erfarent personale

Patientgennemgang i ambulatorie

- **Praksiskoordinator** gennemfører sammen med **ansvarlig overlæge** audit af et antal tilfældigt udvalgte patienter i behandling på ambulatorier
- Dette dækker fx patienter, som går til opfølgende kontrol i ambulatorier
- Gennemgang har særligt fokus på hvilke patienter, der kan udskrives til **alment praktiserende læge**
- Baseret på interviews og workshops med afdelinger samt opfølgende interview vurderes det, at en væsentlig andel af patienter kan udskrives til egen læge (op til 1/3 af patienter)
- Resultatet kan ikke uden videre realiseres, men kræver opfølgende initiativer såsom:
 - Retningslinjer til udskrivende læge
 - Supervision af yngre læger
 - Direkte adgang til specialistrådgivning for praktiserende læger mv.

Alternativ metode: "forundringslister"

- **Afdelingssygeplejersker** udarbejder løbende en liste til **ledende overlæge** med opmærksomhedspunkter eller kilder til undren. Dette kan eksempelvis være, når en patient ligger længe på afdelingen
- **Afdelingssygeplejerske** gennemgår i fællesskab med **overlæge** "forundringsliste" for at uddrage læring og forbedre arbejdsgange

Anbefalinger til deltagere

- Spildanalyse er i høj grad et ledelsesværktøj og kræver derfor involvering af **afdelingsledelse**
- Der kan med fordel inddrages **eksterne eksperter** for at sikre et 'helikopter perspektiv'
- Ligeledes er der gode erfaringer med at inddrage **afdelingsledelser** fra andre afdelinger, da de kan have nemmere ved at stille undrende spørgsmål ift. om det er de rette patienter på afdelingen

Yderligere baggrundsmateriale

- Waste Tool Guide (https://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2016/02/waste_tool_guide.pdf)

1) Patientinventering foretaget i Region Nordjylland viser, at gennemsnitligt 27% af patienter på involverede sygehuse enten var placeret forkert eller havde oplevet unødigt ventetid

11

Opgaveglidning

Opgaveglidning

Observeret hos bl.a. Nykøbing Falster Sygehus¹; Svendborg Sygehus²; AUH³ og Næstved Sygehus



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 3 - Uoverensstemmelse mellem patientbehov og personaleressourcer:

- Der opleves en udfordring med at rekruttere og fastholde personale, særligt for faggrupper, hvor der er opleves en generel mangel
- Dette kan betyde, at der er ubesatte stillinger, hvilket kan gøre det vanskeligt at sikre patienten den optimale behandling og pleje og på det rette tidspunkt i patientforløbet
- Ligeledes kan det betyde, at den pågældende personalegruppe bliver en flaskehals i forhold til at sikre effektive patientforløb



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Opgaver flyttes til anden faggruppe eventuelt på et lavere specialiseringsniveau for at udnytte ressourcer bedst muligt
- Kan også være ved en mere fleksibel opgavevaretagelse internt på afdelingen

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Ved at frigøre tid for faggrupper, som der opleves mangel på, sikres tid til andre opgaver. Ligeledes kan det være en måde at imødekomme ubesatte stillinger indenfor den pågældende faggruppe



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Overordnet er tre typer opgaveglidning 1) En anderledes anvendelse af faggruppers tid; 2) nyansættelser af personale med lavere løn; 3) ansættelse af personale, som er bedre til specifikke opgaver
- Muligheder for opgaveglidning identificeres via analyse af den eksisterende fordeling af opgaver på tværs af faggrupper
- Potentielle tiltag for opgaveglidning drøftes med de respektive personalegrupper og i ledelsesgruppen
- Der udarbejdes nye kompetenceprofiler, og beføjelser tildeles
- Der foretages løbende kontrol af kvalitet og kompetencer, og der igangsættes kompetenceudviklende tiltag ved behov for dette
- Opgaveglidning kan være dynamisk, så den konkrete opgavefordeling fra dag-til-dag afhænger af patientsammensætningen mv.

Investeringer

- Der kan være behov for investeringer i kompetencegivende kurser

Tidshorisont

- Afhænger af den pågældende opgave der overdrages



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Juridiske forhold** kan begrænse mulighederne for opgaveglidning, fx har sygeplejersker lovgivningsmæssigt ansvar for at dosere medicin
- **Manglende indblik i andre faggruppers kompetencer** kan betyde, at der ikke er den tilstrækkelige tillid til at overdrage opgaven
- **Der kræves et minimum antal af bestemte faggrupper**, fx sygeplejersker for at få vagtplanlægning til at gå op
- **Der er behov for en fleksibel opgavefordeling**, hvilket kan betyde, at faggrupper, som kan udføre flest mulige opgaver, foretrækkes

Andre opmærksomhedspunkter

- Ledelsen skal sikre, at kompetencer tilsvarende den pågældende opgave, der overdrages, og at der løbende følges op på dette



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling:
 - 0,1-0,4 årsværk for sygeplejersker
 - 0,1-0,3 årsværk for SOSU-assistenten

Sekundær effekt på kapacitet

- Når opgaveglidningen medfører højere kvalitet i opgaveløsningen, kan det bidrage til en reduktion i genindlæggelser (fx træning og mobilisering ved fysioterapeut)

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

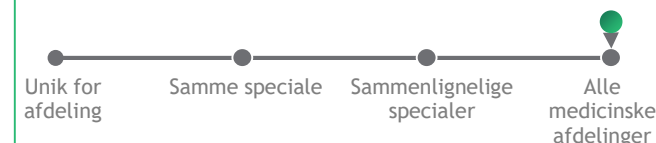
- Ved at frigive tid for personalegrupper, som der er mangel på, muliggør det, at disse kan anvende deres tid på mere værdiskabende opgaver (fx kan sygeplejersker bruge tid på pleje fremfor praktiske opgaver). Dette kan have en positiv effekt på medarbejder-tilfredshed og patienttilfredshed



Når patient udskrives, skal jeg tørre paneler af, og hvis der er spildt andet end saftvand på gulvet, skal jeg tørre gulvet af - det er en relativt stor rengøringsopgave ift. at der rent faktisk betales nogen for at gøre rent

- Sygeplejerske

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger





III. Implementering

Opgaveglidning kan bl.a. bidrage til at frigive tid for personalegrupper, som der opleves mangel på



Muligheder for opgaveglidning kortlægges og evalueres

- I. **Opgaveporteføljen for relevante faggrupper kortlægges** (se side 72-75). Dernæst opgøres tidsanvendelsen for udvalgte opgaver for at afgøre, om opgaven har et tilstrækkeligt omfang til, at den meningsfuldt kan overdrages (særligt relevant ved opgaveglidning til faggruppe, som ikke allerede er tilstede på afdeling)
- II. **For relevante opgaver evalueres muligheder for opgaveglidning ud fra tre kriterier:**
 - 1 Der kan frigøres tid for en medarbejdergruppe, som der opleves mangel på
 - 2 Opgaven kan overdrages til et lavere omkostningsniveau
 - 3 Opgaven løses bedst / med højest kvalitet af en bestemt faggruppe. Højere kvalitet kan have en afledt positiv effekt på kapaciteten fx ved at nedbringe antallet af genindlæggelser
- III. **Det besluttet hvilke opgaver og til hvem der overdrages til**, og på baggrund af dette udarbejdes nye kompetenceprofiler

Medarbejdere opfordres til løbende at komme med forslag og ideer til, hvordan afdelingen kan fordele opgaver bedre

Tidshorisont

Afhænger af opgaven der overdrages. Nogle opgaver vil kunne overdrages umiddelbart (fx praktiske opgaver), mens andre forudsætter, at der er gennemført kompetenceudvikling forinden. Kan kræve en anderledes personalesammensætning, hvilket bedst realiseres via en naturlig udskiftning i personale over en årrække



Forslag til mulig opgaveglidning baseret på tidsstudie

- På baggrund af interviews, workshops og tidsstudier er identificeret muligheder for opgaveglidning, eksempelvis:
 1. **Træning og mobilisering** kan varetages af fysioterapeuter i stedet for sygeplejersker og SOSU-assistenter (se side 76)
 2. **En del af koordineringen med primærsektoren** kan varetages af fysioterapeuter fremfor sygeplejersker og SOSA (se side 77)
 3. **En række ikke patient-relaterede opgaver** fx praktiske småopgaver og opfyldning kan varetages af kontormedhjælpere, flexjobber, supportfunktioner eller lignende (se side 78)
- Udover ovenstående har analysen undersøgt muligheden for at opgaveglide følgende opgaver:
 4. **Opgaver i medicinrummet**, herunder bestilling og dosering af medicin, kan potentielt varetages af farmakonomet eller ved brug af robotter, fremfor sygeplejersker og SOSU-assistenter. Der er ikke arbejdet videre med dette initiativ, da farmakonomet opleves vanskelige at rekruttere, idet der dels er få af denne personalegruppe¹, og da farmakonomet har mulighed for ansættelse i fx medicinalindustrien med en højere årsløn
 5. **Dokumentationsopgaver for lægerne** kan potentielt varetages af plejepersonalet eller sekretærer. Der er ikke arbejdet videre med denne bl.a. pga. krav om, at dokumentation skal ske i umiddelbar forlængelse af, at patienten er blevet tilset (tidstro registrering)
- *Relevansen af ovenstående muligheder for opgaveglidning vil afhænge af afdelingens nuværende opgavefordeling og øvrige forudsætninger*

Investeringer

- **Investeringer:** Potentielt investeringer i kompetenceudvikling
- **Løbende omkostninger:** Der vurderes ikke at være ekstra løbende omkostninger, da de fremhævede opgaver overdrages til det samme eller et lavere omkostningsniveau

-- Udvalgte eksempler fra afdelinger

- **Fysioterapeuter varetager træning og mobilisering** samt udskrivning og koordinering med primærsektoren, herunder udarbejdelse af plejeforløbsplan (*Regionshospital Nordjylland*)
- **Flexjobber ansat til praktiske opgaver.** Eksempelvis til at skanne dokumenter, opfyldning mv. (*Nordsjællands hospital*)
- **Dynamisk opgaveglidning** mellem sygeplejerske og SOSU-assistenter (*Nordsjællands hospital*)
- **Farmakonomet doserer medicin** for at frigive tid for plejepersonalet (*Nykøbing Falster Sygehus*)
- **Læger har uddelegeret til sygeplejersker** (*Nykøbing Falster sygehus*)

Yderligere baggrundsmateriale

- Region Sjælland: Når opgaver holder flyttedag
- Region Midt: eksempler på opgaveglidning

1) Der er i dag ansat ~660 farmakonomet og ~506 farmaceuter i sygehusvæsenet. Det bemærkes, at der opleves mangel på farmakonomet i region Sjælland, jf. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: Arbejdsmarkedsbalancen



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Juridiske forhold** kan begrænse mulighederne for opgaveglidning. Eksempelvis har sygeplejersker lovgivningsmæssigt ansvar for at dosere medicin og læger har ansvar for ordinering
- **Manglende indblik i andre faggruppers kompetencer** kan betyde, at der ikke er den tilstrækkelige tillid, som er nødvendig for opgaveglidning. I tråd med dette kan fagpolitiske hensyn være en barriere ift. at sikre opbakning til opgaveglidning. Dette kan gøre det vanskeligt at skabe en kultur, hvor personalet løbende kommer med forslag til en bedre fordeling af opgaver
- **Der kræves et minimum antal af bestemte faggrupper** for at få vagtplanlægning til at gå op. Givet at der skal være en vis bemanning af fx sygeplejersker og læger i alle vagter, kan det være hensigtsmæssigt at disse grupper udfører opgaver, som kunne være udført på et mindre specialiseret niveau
- **Der er fortsat behov for en fleksibel opgavefordeling**, hvilket kan betyde, at det foretrækkes at have personalegrupper, som kan udføre flest mulige opgaver, fx sygeplejersker fremfor SOSU-assistenter. Særligt ved korte komplekse indlæggelser kræves et højere kompetenceniveau



Hvordan barrieren adresseres

- ✓ Indenfor eksisterende juridiske bestemmelser er der mulighed for rammedelegation, dvs. at en opgave delegeres indenfor et præcist aftalt område, enten for en konkret patient eller for en opgave, som omhandler en veldefineret patientgruppe
- ✓ Det er en ledelsesmæssig opgave at sikre, at den aktuelle faggruppe klædes på til at varetage nye opgaver, fx ved kurser eller sidemandsoplæring. Derudover er det vigtigt at kommunikere, at der løbende følges op på, om kompetenceniveauet matcher de specifikke opgaver
- ✓ Drøftelser på personalemøder eller lignende kan desuden være med til at synliggøre de forskellige faggruppers respektive kompetencer
- ✓ I vurdering af mulighederne for opgaveglidning er det ledelsens opgave at indtænke hensyn til vagtplaner mv. for at sikre at opgaveglidning ikke bliver suboptimal
- ✓ Det er ledelsens opgave at sikre, at opgaveglidning ikke sker på bekostning af andre opgaver, end den opgave der flyttes
- ✓ Samtidig er det vigtigt at kommunikere, at opgaveglidning handler om bedst muligt i fællesskab at løse opgaverne omkring patienten for at undgå en rigid opgavefordeling



Andre opmærksomhedspunkter

- **Opgaveglidning må ikke ske på bekostning af patientsikkerheden** og forudsætter dermed, at en opgave kun overdrages til en person, som er kvalificeret til at løse denne til et niveau, som har minimum den samme kvalitet
- Det er væsentligt at være opmærksom på, at variationer i, hvordan opgaver fordeles på tværs af afdelinger, kan skyldes forskelle, som ikke afspejler et aktivt valg i forhold til medarbejdersammensætningen og dermed opgavefordelingen
 - **Rekrutteringsudfordringer** kan påvirke medarbejdersammensætningen, idet afdelingsledelsen ikke altid har mulighed for at ansætte de ønskede ressourcer
 - **Organisatoriske forhold** kan begrænse eller muliggøre opgaveglidning



V. Effekt

Estimeret kapacitetsforbedring

Primære kapacitetseffekt

- Frigivet personaletid for sygeplejersker og SOSU-assistenten via opgaveglidning til fysioterapeuter og ikke-sundhedsfaglig personale

Sekundær kapacitetseffekt

- Når opgaveglidningen opfylder kriterium om højere kvalitet, kan det bidrage til en reduktion i genindlæggelser
- Opgaveglidning af træning og mobilisering til fysioterapeuter kan eksempelvis øge kvaliteten
- Ligeledes kan koordineringen med primærsektoren potentielt forbedres ved overdragelse af fx plejeforløbsplaner og løbende koordinering til fysioterapeuter, da fysioterapeuter har et særligt fokus på mobilisering og behov for hjælpemidler fra start

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Effektmål: Årsværk
- Estimeret potentiale på gennemsnitlig afdeling (20 senge, max 85% udbredelse): 0,1-0,4 årsværk for sygeplejersker og 0,1-0,3 årsværk for SOSU-assistenten

Kvalitativ effekt for patient og personale

- Ved at frigive tid for personalegrupper som der er mangel på, muliggør det, at disse kan anvende deres tid på mere værdiskabende opgaver (fx kan sygeplejersker bruge tid på pleje fremfor praktiske opgaver). Dette kan have en positiv effekt på medarbejdertilfredshed og patienttilfredshed



Opgaveglidning til fysioterapeuter: Før 2008 havde vi terapeuter, der mobiliserede patienter under indlæggelser, og det gjorde rigtig meget. Det giver især noget på at reducere genindlæggelser, men også lidt i forhold til, at patienten føler sig mere klar til udskrivning

- Ledende overlæge



Opgaveglidning til fysioterapeuter: Udover at terapeuter vurderer patienter tror jeg, at man kunne gøre rigtig meget ved at sikre, at patienterne ikke tabte så meget muskelmasse under indlæggelsen

- Ledende overlæge



Opgaveglidning til fysioterapeuter: Mobilisering og træning af fysioterapeuter vil især give noget ift. at reducere genindlæggelser, men også lidt i forhold til, at patienten føler sig mere klar til udskrivning

- Ledende overlæge



Opgaveglidning til SOSU-assistenten: Vi burde kunne overtage flere opgaver fra sygeplejerskerne. De nye sygeplejersker er ikke klar over, hvor meget SOSU-assistenten kan gøre

- SOSU-assistent

Opgavefordeling ift. opgaver med direkte patientkontakt

Potentiale for opgaveglidning

- ✓ Indenfor undersøgte personalegrupper
- ✓ Til øvrige personalegrupper
- ✗ Kan ikke opgaveglides

Opgave	Hospitals- enheden Vest ¹	AUH	Svendborg Sygehus	Nykøbing F. Sygehus	Nordsjællands hospital	Regionshospit al Nordjylland	Potentiale for glidning	Observationer
Direkte patientkontakt								
A1	Assistere læger med forskellige undersøgelser/procedurer	■ ■	■	■	■ ■	■ ■	■	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ✓ <ul style="list-style-type: none"> • Forskelle kan afspejle, at AUH udfører en række svære procedurer, mens geriatriske procedurer på Svendborg generelt er mindre komplekse • For mindre komplekse procedurer kan det være ved medicin- og sygeplejerskestuderende samt opkvalificering af SOSU-assistenter
A2	Ambulante sygeplejekonsultationer	■	■	■	■	■	■	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <ul style="list-style-type: none"> • Kan overdrages til almen praktiserende læge eller telemedicin som alternativ
A3	Modtagelse og registrering af patienter	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■	<ul style="list-style-type: none"> ✗ <ul style="list-style-type: none"> • Plejepersonale i tilfælde, hvor modtagelse fx indebærer optagelse af anamnese, værdier mv. • Sekretærer skal fortrinsvis foretage registreringer
A4	Måling af vitale værdier (fx blodtryk, puls, iltmætning, temperatur mv.)	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	<ul style="list-style-type: none"> ✗ <ul style="list-style-type: none"> • Vurderes ikke relevant for opgaveglidning, da det ofte er mere effektivt og sikkert for patienten, at sygeplejersker tager værdier ifm. andre patient-relaterede opgaver fx observationer og samtale
A5	Samtale med og vejledning af patient/pårørende	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	<ul style="list-style-type: none"> ✗ <ul style="list-style-type: none"> • Fordeling afhænger af indhold og formål. • Sygeplejersker kan filtrere og koordinere, hvilke samtaler læger skal varetage
A6	Telefonopkald med patienter og pårørende	■ ■ ■	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <ul style="list-style-type: none"> • Fordeling afhænger af indhold og formål. • Sygeplejersker kan filtrere og koordinere, hvilke telefonkald læger skal tage sig af
A7	Træning og mobilisering	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <ul style="list-style-type: none"> • Træning og mobilisering kan varetages af fysioterapeuter
A8	Udføre procedurer (fx A-punktur, PVK, blodprøve)	■ ■	■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	<ul style="list-style-type: none"> ✗ <ul style="list-style-type: none"> • Fordeling afhænger af indhold og formål • Mindre komplekse procedurer kan udføres af SOSU-ass.
A9	Udlevere og give medicin (inkl. piller, injektioner, infusioner mv.)	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	<ul style="list-style-type: none"> ✗ <ul style="list-style-type: none"> • Sygeplejersker har lovgivningsmæssigt ansvar for at sikre korrekt medicinering • SOSU-assistenter må ikke give IV-medicin

1) Hospitalsenheden Vest har ingen registreringer for afdelingslæger/overlæger, mens Nordsjælland Hospital ikke har for lægesekretærer, hvorfor variationen ikke nødvendigvis er udtryk for, at personalegrupperne ikke varetager opgaven.

Opgavefordeling ift. andre patientrelaterede opgaver

Potentiale for opgaveglidning	
✓	Indenfor undersøgte personalegrupper
✓	Til øvrige personalegrupper
✗	Kan ikke opgaveglides

▲ Reservelæger ▲ Afd. / overlæger ■ Sygeplejersker ■ SOSU-assistenters ■ Lægesekretær

Opgave	Hospitals- enheden Vest ¹	AUH	Svendborg Sygehus	Nykøbing F. Sygehus	Nord- sjællands- hospital	Regions- hospital Nordjylland	Potentiale for glidning	Observationer
Andre patientrelaterede opgaver								
B1	Bestilling af prøver fra parakliniske/billeddiagnostiske afdelinger inkl. at bestille bioanalytiker og portør	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■	✓	• Kan opgaveglides til i højere grad at varetages af lægesekretærer
B2	Bestilling af tilsyn fra andre kliniske afdelinger inkl. at bestille portør	■ ■ ■	■ ■	■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■	✓	• Kan opgaveglides til i højere grad at varetages af lægesekretærer
B3	Kontakt til afdelingens egne læger (forvagt og bagvagt) fx ifm. stuegang	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲ ▲	■ ■ ■ ▲ ▲	■ ■ ■ ▲ ▲	■ ■ ■ ▲ ▲	✗	• Afhænger af patientens kompleksitet
B4	Kontakt til læger på andre afdelinger inkl. modtage råd og vejledning om patienter	■ ▲	■ ▲ ▲	■ ▲ ▲	■ ▲ ▲	■ ▲ ▲	✗	• Afhænger af patientens kompleksitet
B5	Håndtering/kontrol af prøvesvar	■ ■ ■ ▲	■ ■ ▲	■ ■ ▲	■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	✗	• Antager at nuværende opgavedeling af delopgaver er hensigtsmæssig
B6	Kvittering og dosering af medicin	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	✓	• Farmakonomer kan dosere medicin efter lægeordination, men spl. har lovgivningsmæssigt ansvar
B7	Læse op på patientjournal inkl. prøvesvar og anden forberedelse til stuegang	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲ ▲	■ ■ ■ ▲ ▲	■ ■ ■ ▲ ▲	■ ■ ■ ▲ ▲	✗	• Fordeling afhængig af kompleksiteten af patientforløb
B8	Skaffe og bestille medicin inkl. at ringe til anden afdeling og skaffe medicin	■	■ ■	■	■ ■	■ ■	✓ ✓	• Kan varetages af farmakonomer, farmaceuter eller servicemedarbejdere

1) Hospitalsenheden Vest har ingen registreringer for afdelingslæger/overlæger, mens Nordsjælland Hospital ikke har for lægesekretærer, hvorfor variationen ikke nødvendigvis er udtryk for, at personalegrupperne ikke varetager opgaven. 73

Opg. fordeling ift. koordinering med primærsektoren og dokumentation

Potentiale for opgaveglidning	
✓	Indenfor undersøgte personalegrupper
✓	Til øvrige personalegrupper
✗	Kan ikke opgaveglides

▲ Reservelæger ▲ Afd. / overlæger ■ Sygeplejersker ■ SOSU-assistenter ■ Lægesekretær

Opgave	Hospitals- enheden Vest ¹	AUH	Svendborg Sygehus	Nykøbing F. Sygehus	Nord- sjællands- hospital	Regions- hospital Nordjylland	Potentiale for glidning	Observationer
Koordinering med primærsektor								
C1			■	■	■	■	✓	• Kan med fordel varetages af sekretær eller alternativt SOSU-assistenter
C2			■	■	■ ■	■	✓ ✓	• Kan overdrages til SOSU-assistenter eller fysioterapeut
C3	■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■	■ ■	■ ■ ■	✓ ✓	• Sygeplejersker kan filtrere hvem der håndtere hvilke kontakter • Kan overdrages til SOSU-assistenter eller fysioterapeut
C4	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	✓ ✓	• Sygeplejersker kan filtrere hvem der håndtere hvilke kontakter • Kan overdrages til SOSU-assistenter eller fysioterapeut
C5	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	✓ ✓	• Kan overdrages til SOSU-assistenter eller fysioterapeut
C6	■		■ ■	■ ■	■ ■	■	✓	• Opgavefordeling afhængig af kompleksiteten af patientforløb
Dokumentation								
C7	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	✓	• Lovgivning afgør opgavefordeling ift. dokumentation. Kan reduceres ved teknologiske løsninger kombineret med fx sekretærer og studerende

1) Hospitalsenheden Vest har ingen registreringer for afdelingslæger/overlæger, mens Nordsjælland Hospital ikke har for lægesekretærer, hvorfor variationen ikke nødvendigvis er udtryk for, at personalegrupperne ikke varetager opgaven.
2) Det er ikke alle steder, der afholdes udskrivningskonferencer

Opgavefordeling ift. ikke-patientrelaterede opgaver

Potentiale for opgaveglidning	
✓	Indenfor undersøgte personalegrupper
✓	Til øvrige personalegrupper
✗	Kan ikke opgaveglides

▲ Reservelæger ▲ Afd. / overlæger ■ Sygeplejersker ■ SOSU-assistenter ■ Lægesekretær

Opgave	Hospitals- enheden Vest ¹	AUH	Svendborg Sygehus	Nykøbing F. Sygehus	Nord- sjællands- hospital	Regions- hospital Nordjylland	Potentiale for glidning	Observationer
Ikke-patientrelaterede opgaver								
D1	Administrative opgaver (e-mails, kopi, print, scan, pakker, varebestilling mv.)	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	■ ■ ■ ▲	✓ ✓	• Kan i højere grad varetages af sekretærer, portører, studentermedhjælpere mv.
D2	Bestille rene senge og andet udstyr samt afhentning	■	■ ■	■	■ ■	■ ■	✓ ✓	• Kan i højere grad varetages af sekretærer, portører, studerende og ved digitale løsninger
D3	Bestilling af ekstern transport til patienten	■ ■ ■	■ ■	■ ■ ■	■ ■ ■	■ ■	✓ ✓	• Kan i højere grad varetages af sekretærer, portører, studentermedhjælpere mv.
D4	Bestilling og klargøring af mad	■	■	■ ■	■ ■	■ ■	✓	• Kan i højere grad varetages af ufaglærte og frivillige under oplæring indenfor hygiejne
D5	Opfyldning på afsnit	■ ■	■	■ ■	■ ■	■ ■	✓	• Kan varetages af indkøb, logistik og servicefunktion, såfremt dette er tilstede centralt på hospitalet
D6	Praktiske opgaver ifm. udskrivning (fx pakke medicin og udstyr)	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	✓	• Farmakonomer eller farmaceuter kan med fordel pakke medicin til hjemsendelse
D7	Praktiske småopgaver	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	■ ■	✓	• Kontormedhjælpere på deltid, studerende og/eller frivillige

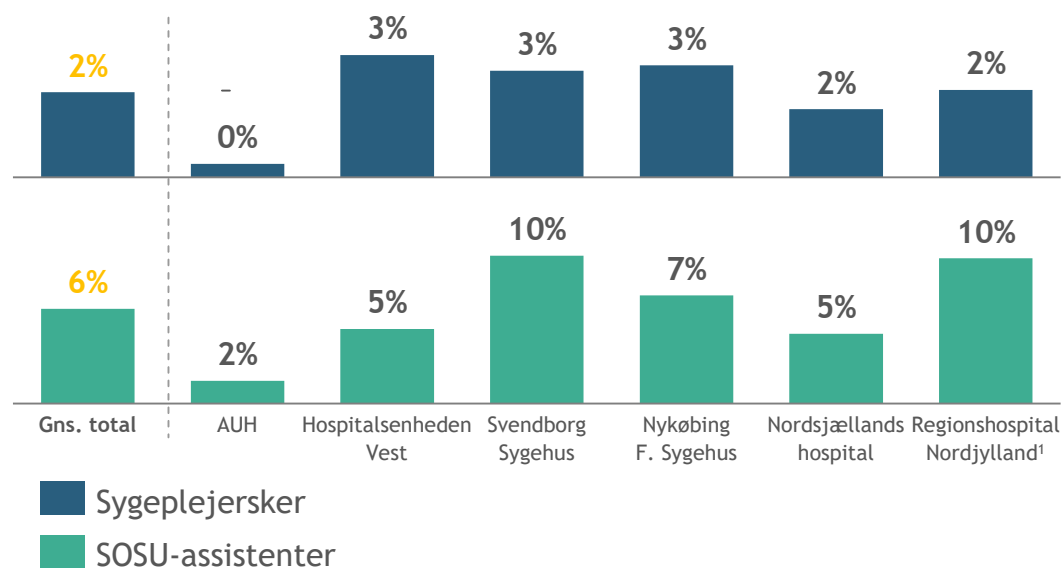
1) Hospitalsenheden Vest har ingen registreringer for afdelingslæger/overlæger, mens Nordsjælland Hospital ikke har for lægesekretærer, hvorfor variationen ikke nødvendigvis er udtryk for, at personalegrupperne ikke varetager opgaven.

Opgaveglidning af træning og mobilisering

Der kan frigives tid for sygeplejersker og SOSU-assistenter ved at lade fysioterapeuter stå for træning og mobilisering

- Sygeplejersker og SOSU-assistenter varetager på nogle afdelinger træning og mobilisering af patienter, som med fordel **kan udføres af fysioterapeuter**¹
- **Omfattende mangel på både sygeplejersker og SOSU-assistenter** på tværs af alle regioner³
- Fysioterapeuter kan desuden overtage en række plej opgaver såsom at følge patienten på toilettet, idet dette kan indgå i mobiliseringen. Dermed kan der yderligere **frigives sygepleje- og SOSU tid brugt på grundlæggende pleje** (ikke medregnet)
- Opgaveglidning er **til fordel for patienter**, idet de i dag kan opleve at blive taget ud af sengen af plejepersonalet for senere at skulle udføre samme øvelse med en fysioterapeut. Ligeledes er fysioterapeuter som udgangspunkt bedre kvalificeret til varetagelse af træning og mobilisering
- Det **økonomiske potentiale ved opgaveglidning til fysioterapeuter er begrænset** givet, at fysioterapeuter ikke kan erstatte plejepersonalets øvrige opgaver. Ligeledes har fysioterapeuter en minimal lavere årsomkostning sammenlignet med sygeplejersker og SOSU-assistenter

Andel tid brugt på træning og mobilisering i en dagvagt



Evaluering

- 1) Frigør tid for sygeplejersker og SOSU-assistenter, som der er mangel på² ↑
- 2) Minimalt lavere omkostningsniveau ↑
- 3) Højere kvalitet ↑



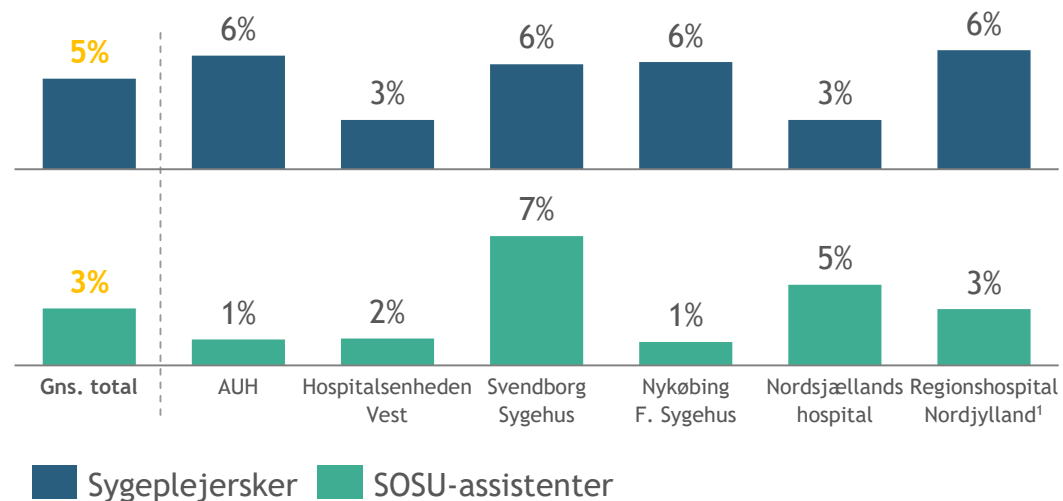
1) Regionshospitalet Nordjylland har en fysioterapeut ansat på geriatrisk afdeling
 2) Det bemærkes, at med kommunalreformen i 2008 blev en stor del af træningen lagt ud til kommuner, hvorfor der blev reduceret i antallet af fysioterapeuter. Det er derfor ikke på alle afdelinger, at der foretages træning af patienter
 3) Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: Arbejdsmarkedsbalancen

Opgaveglidning af koordinering med primærsektoren

Der kan frigives tid for sygeplejersker og SOSU-assistenter ved at lade fysioterapeuter stå for koordineringen med primærsektoren

- **Fysioterapeuter kan med fordel overtage en række opgaver**, som i dag varetages af sygeplejersker og SOSU-assistenter, ifm. koordinering af udskrivelse med primærsektor
- **Fysioterapeuter kan håndtere kontakten til primærsektor omkring udskrivning**, hvilket sikrer at rehabiliteringsaspekter (såsom at patienten rent faktisk kan gå op af trappen til eget hjem) tænkes ind i hver udskrivning. Dette kan også kan reducere unødige genindlæggelser
- **Frigiver tid for sygeplejersker og SOSU-assistenter, som der er omfattende mangel på** på tværs af alle regioner²
- **Kan øge kvaliteten af udskrivinger**, idet fysioterapeuter eksempelvis er bedre klædt på til at identificere behov for hjælpemidler og kommunikere dette til kommunen
- Der kan dog være elementer ifm. udskrivning, som terapeuter ikke kan varetage fx sårskifte
- Det **økonomiske potentiale ved opgaveglidning til fysioterapeuter er dog begrænset** givet, at fysioterapeuter ikke kan erstatte plejepersonalets øvrige opgaver. Ligeledes har fysioterapeuter en minimal lavere årsomkostning sammenlignet med sygeplejersker og SOSU-assistenter

Andel tid brugt på møder, skriftlig og telefonisk kommunikation med primærsektoren, plejeforløbsplaner og udskrivningskonferencer



Evaluering

- 1) Frigør tid for sygeplejersker og SOSU-assistenter, som der er mangel på² ↑
- 2) Minimalt lavere omkostningsniveau ↑
- 3) Højere kvalitet ↑



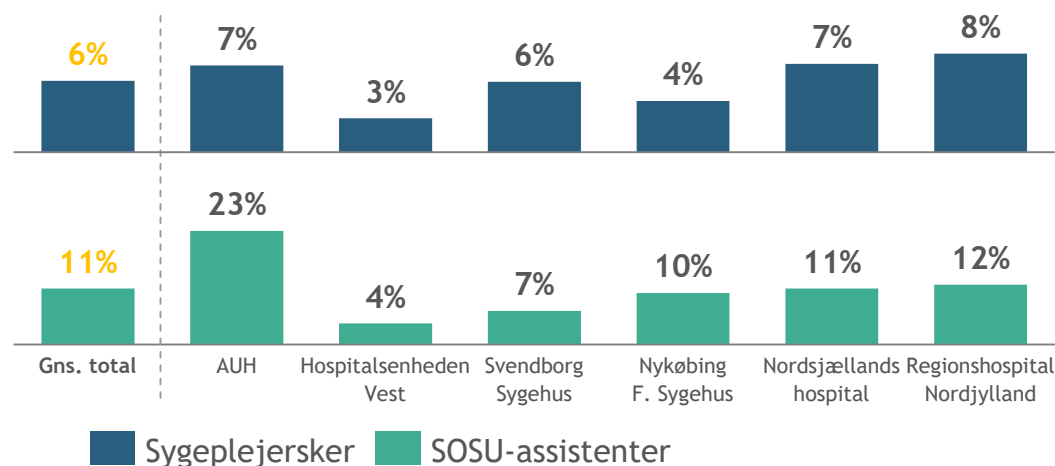
1) Regionshospital Nordjylland har 1 fysioterapeut ansat på geriatrisk afdeling
 2) Omfattende mangel på sygeplejersker og SOSU-assistenter i alle regioner jf. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: Arbejdsmarkedsbalancen

Opgaveglidning af praktiske opgaver

Der kan frigives tid for sygeplejersker og SOSU-assistenter ved at lade ikke-klinisk personale varetage en række praktiske opgaver

- Praktiske opgaver dækker over opgavekategorierne; bestilling af rente senge og andet udstyr, bestilling af ekstern transport til patient, bestilling og klargøring af mad, opfyldning på afsnit, praktiske smågaver og øvrige opgaver
- Praktiske småopgaver dækker over eksempelvis at finde og bestille internetkoder til patienter, finde fjernbetjening, finde patienttelefon mv.
- Sygeplejersker og SOSU-assistenter har angivet, at de varetager en række øvrige opgaver såsom rengøring, klargøring af stuer, oprydning (madbakker ud fra stuerne, rengøre termometre, affalds- og tøjsække) opvask mv.
- Mange af disse **opgaver kan varetages af ikke-klinisk personale** fx serviceassistenter, faste timelønnede vikarer, flexjobbere eller centrale indkøbs- og logistikfunktioner
- **Fleksibiliteten reduceres dog**, idet ikke-klinisk personale ikke kan varetage lige så mange opgaver som SOSU-assistenter og sygeplejersker
- Dette vil **frigøre tid for personalegrupper, som der opleves mangel på samtidig med, at opgaver flyttes til et lavere omkostningsniveau**

Andel tid brugt på praktiske opgaver



Evaluering

- 1) Frigør tid for sygeplejersker og SOSU-assistenter, som der er mangel på¹ ↑
- 2) Lavere omkostningsniveau ↑
- 3) Uændret kvalitet →



1) Omfattende mangel på sygeplejersker og SOSU-assistenter i alle regioner jf. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: Arbejdsmarkedsbalancen

12

Intern kompetenceudvikling af plejepersonale

Intern kompetenceudvikling af plejepersonale

Observeret hos bl.a. Svendborg Sygehus¹; Nykøbing Falster Sygehus²; Hospitalsenheden Vest³; Nordsjællands hospital⁴ og Regionshospital Nordjylland



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 3: Uoverensstemmelse mellem patient-behov og personaleressourcer

- De medicinske afdelinger oplever generelt en høj personaleomsætning og relativt store rekrutteringsproblemer. Dette resulterer i, at en væsentlig andel af plejepersonalet har lav anciennitet og specialistviden



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Afdelingsledelsen udpeger ansvarlig og sikrer, at der frigøres tid i vagtplaner til tilrettelæggelse og afvikling
- Aktiviteter planlægges af eksempelvis klinisk sygeplejespecialist eller udviklingssygeplejerske. Specialister på afdelingen (både læger, sygeplejersker og terapeuter) kan undervise
- Medarbejdere kan efterspørge indhold, som ofte fokuserer på praktiske, almindeligt forekommende opgaver
- Undervisning kan planlægges som regelmæssige ugentlige tilbud eller gå-hjem møder/temaaftener om udvalgte emner

Investeringer og løbende omkostninger:

- Udover investering i planlægning og gennemførelse kræver initiativet en mindre løbende investering i tid for plejepersonalet

Tidshorisont

- Tidshorisonten vurderes kort, men afhænger af muligheden for at frigive ressourcer til tilrettelæggelse og afvikling



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Struktureret og målrettet kompetenceudvikling af plejepersonale

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Kompetenceudvikling bidrager til effektive og sikre arbejdsgange, som er nødvendige for at opnå et godt flow på afdelingen
- Erfarne medarbejdere bruger mindre tid på individuel instruktion og vejledning, når de nye kolleger har deltaget i systematisk kompetenceudvikling



IV. Nødvendige overvejelser ifm. implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- Manglende ressourcer på afdelingerne er en udfordring ift. at udvikle og afvikle kompetenceudvikling, da det ofte vil være et element der bliver sparet væk hvis der er knappe ressourcer til at opretholde driften på afdelingen
- Rekruttering af eksempelvis klinisk sygeplejespecialist eller udviklingssygeplejerske kan ofte være en udfordring, særligt i udkantsområder

Andre opmærksomhedspunkter

- Det er vigtigt at anerkende dette som et kontinuerligt indsatsområde, grundet regelmæssig udskiftning i personalet



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 0,1-0,2 årsværk for plejepersonale i dagvagt¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågående initiativ: Mellem/høj (~60%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Kortere indlæggelser vha. mere effektivt flow

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

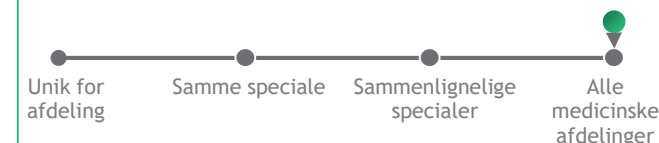
- Styrker kvalitet og patientsikkerhed
- Øger personalets faglighed og motivation og kan bidrage positivt til arbejdsmiljøet
- Kan gøre det mere attraktivt at arbejde på en medicinsk afdeling og bidrage til rekruttering og fastholdelse



For en som er helt ny giver det nok en time/vagt, og for en som allerede har styr på det giver det ingenting

- Ledende oversygeplejerske

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Søren Jakobsen (ledende overlæge); 2. Christian Christiansen (ledende overlæge); 3. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator); 4. Thyge Lynghøj Nielsen (ledende overlæge)



III. Implementering

Intern kompetenceudvikling af plejepersonale medvirker til øget faglighed, mere effektive arbejdsgange og kan bruges til rekruttering

Inden implementering af initiativ

Beslutninger der skal tages inden implementering

- Det er afgørende at få identificeret de personer, der skal være ansvarlige for planlægning og afholdelse af kompetenceudviklingen. Det kan være **Kliniske sygeplejespecialister** eller **Udviklingssygeplejersker**, som med fordel kan trække på andre kompetencer på afdelingen (f.eks. **Læger eller terapeuter**) ift. input og/eller afholdelse af undervisning
- Det er centralt, at **afdelingsledelsen** klart kommunikerer formålet med dette initiativ, blandt andet i form af faglig udvikling, rekruttering og mere effektive arbejdsgange på afdelingen



Praktisk implementering af initiativ

Modeller for kompetenceudvikling

- **Kompetencedage** med gennemgang af gældende retningslinjer, litteratur og evt. videomateriale efterfulgt af kompetencetræning vha. scenarier
- **Temaaftener/gå-hjem** møder for at løfte kompetencer inden for udvalgte emner. **Plejepersonale** fra primærsektor kan evt. inviteres til at deltage

- **Faste undervisningstimer**, hvor **alle personalegrupper** er velkomne

Opfølgning/gentagelser

- Centralt grundet løbende udskiftning af plejepersonalet og ajourføring med faglig udvikling

Forslag til emner for kompetenceudvikling

- Genoplivning og praktisk brug af hjertestarter
- Blodprøver/A-gas/anlæggelse af IV-adgang
- Blodtransfusion
- Diabetes (Stikskema, blodsukkerskema, etc.)
- Inhalationsmedicin og -teknikker
- Anlæggelse af sonder
- Forebyggelse og behandling af tryksår
- Etniske patienter og tolkeregler
- Patientvejledning i egenomsorg
- C-PAP og sugning af patient
- Virtuel udskrivelseskonference
- Håndtering af NIV-behandling

Skills lab - Case fra Nykøbing Falster Sygehus

Træningsdage med basale, kliniske færdigheder i test miljø på "Skill Stations"

- Der sikres rum og tid til fælles refleksion
- Formen er iscenesat læring med simulation, hvor man både kan træne praktiske færdigheder og samarbejde og kommunikation
- Der er mulighed for at øve sig på teknologier og evt. på "frivillige patienter" såsom studerende og brandfolk
- Læringsværdien kan øges ved at træne i egen afdeling

Tidshorisont

Tidshorisonten vurderes kort, men afhænger af tilgængeligheden af kompetencer til planlægning og afvikling af undervisning samt muligheden for at frigive ressourcer til afvikling

Investeringer

Løbende omkostninger: For at initiativet kan fungere i praksis må det forventes, at de uddannelsesansvarlige skal afsætte tid til planlægning og afholdelse af undervisning, samt plejepersonalet skal tage tid ud af vagtplanen for at kunne deltage

Yderligere baggrundsmateriale

- <http://technucation.dk/begreber-og-fokusomraader/skills-labs/>
- <https://www.regionh.dk/CAMES/Sider/default.aspx>

13

Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient

Kontinuitet af læge og plejepersonale for patient

Observeret hos bl.a. Nordsjællands hospital¹; AUH²; Hospitalsenheden Vest³ og Regionshospital Nordjylland



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 3 - Uoverensstemmelse mellem patient-behov og personaleressourcer:

- Patienter oplever ofte, at blive tilset af mange forskellige læger og plejepersonale
- Dette kan dels være uhensigtsmæssigt og opleves utrygt fra et patientperspektiv, men det betyder også, at der må bruges uhensigtsmæssigt meget tid på eksempelvis at læse op på patientjournaler
- Ligeledes tager stuegang mv. længere tid, når læge og plejepersonale skal tilse nye patienter hele tiden
- Yngre læger har på nogle afdelinger vagter i skiftende ambulatorier og har derfor ikke mulighed for at opbygge en vis rutine, som er nødvendig for at arbejde effektivt



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Tiltag rettet mod at sikre kontinuitet af læge og plejepersonale ifm. bl.a. stuegang for derved at sikre en mere effektiv anvendelse af personalets tid og minimere behovet for overlevering

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Reducerer tid brugt på at læse op på patientens sygehistorie og giver mere effektiv stuegang, hvilket frigiver personaletid på sengeafsnit



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Faste stuegangslæger (afdelingslæger og overlæger) kan sikre kontinuitet for patienten og lægen, og medvirker dermed til mere effektiv stuegang, idet læger fx ikke skal bruge den samme mængde tid på at læse op på patienten (fx AUH og Nordsjællands hospital)
- Når nyttilkomne patienter tildeles læge og plejepersonale sker det ud fra et hensyn om, hvem der er på vagt de næstkommande dage (fx Regionshospital Nordjylland)
- Personalet kan organiseres i teams, som hver patient tilknyttes
- Yngre læger tilknyttes et fast ambulatorie i længere perioder (fx 2-3 måneder) for at undgå unødige skift
- Kan understøttes af vagtplanlægning med mindre spredning i vagter

Investeringer

- Der vurderes ikke at være ekstra omkostninger eller investeringer

Tidshorisont

- Kan implementeres via ændringer i vagtplanlægning og arbejdsgange indenfor en 3-6 måneders periode



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Vagtplanlægning, overenskomster og hensyn til personalets ønsker** kan være en barriere for kontinuitet via flere dage med sammenhængende vagter (kan dog minimum opnås 3-4 dage i træk)
- **Vanskeligt at sikre kontinuitet i weekender og aftener**, idet faste stuegangslæger typisk ikke har aften- og weekendvagter
- **Kontinuitet reducerer fleksibilitet** - derfor kan opleves modstand

Andre opmærksomhedspunkter

- Har særligt en positiv effekt for mindre erfarent personale
- Der kan være faglige begrundelser for skift i læge og plejepersonale fx behov for inddragelse af andre specialer eller komplikationer, som nødvendiggør inddragelse af mere erfarent personale



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling:
 - 0,1-0,5 årsværk for plejepersonale¹
 - 0-0,2 årsværk for læger¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Lav/mellem (~40%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Manglende kontinuitet ift. særligt læger, kan forlænge indlæggelsestiden. Dette kan bl.a. være som følge af utilstrækkelig overlevering om fx estimeret udskrivningstidspunkt

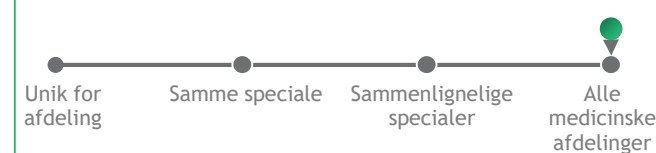
Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

- Øger tryghed for patienter, idet der opleves en klar ansvarsfordeling og en klar plan
- Kan bidrage til at sikre en vis kontinuitet i yngre lægers oplæring, hvilket kan give yngre læger en større forudsigelighed og tryghed
- Øger medarbejder- og patienttilfredshed, idet det muliggør en højere kvalitet af behandling fx pga. mindre tvivl om behandling



Det vil spare rigtig meget tid, hvis man kan gennemføre det - Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Thyge Lynghøj Nielsen (ledende overlæge); 2. Kristine Bruun Degn (overlæge) og Solveig Kær Rasmussen (afdelingssygeplejerske); 3. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator)



III. Implementering

Kontinuitet bidrager til mere effektive patientforløb og bedre patientoplevelser

Tiltag 1: Organisering

Teamorganisering

- Både **plejepersonale** og **læger** kan med fordel organiseres i teams, som har ansvar for et antal patienter (med mindst en speciallæge tilknyttet)
- På den måde sikres det, at der som minimum er kontinuitet indenfor teamet, som er ansvarlige for patienten
- Der planlægges således, at der kun går stuegang, når et af teamets medlemmer er på arbejde

Fast stuegangsgående læger

- Kan implementeres ved faste **stuegangsgående speciallæger** (fx som på AUH og geriatrisk afdeling på Regionshospitalet Nordjylland)
- En anden mulighed er, at **læger** har et antal sammenhængende dage, hvor de varetager stuegang (fx som på Nordsjællands Hospital)

Tidshorisont

- Kan implementeres via ændringer i vagtplanlægning og arbejds gange indenfor en 3-6 måneders periode
- For at opnå fuld effekt forudsættes dog ændringer i arbejds gange og i organisationskulturen, som kan have en længere tidshorisont

Tiltag 2: Vagtplanlægning

Mindre spredning i vagter

- Under hensyn til overenskomstmæssige regler og personalets ønsker kan der søges, at vagtplanlægges med vagtplaner med hhv. mere eller mindre intense perioder, så der sikres mest muligt kontinuitet

'Parallelforskydning af aften-nattevagten' for læger

- Dagvagten kan udvides til fx 8-21 og aftenvagten til fx 21-12 således, at **læger** går stuegang på de patienter han/hun selv har indlagt
- Derved sikres, at patienter ser samme **læge** ved indlæggelse, når der lægges en behandlingsplan, og ved opfølgning på planen. Lægen skal dermed bruge mindre tid på at sætte sig ind i patienten

Kontinuitet i yngre lægers vagter

- **Yngre læger** kan i højere grad have vagtplaner, hvor de er fast tilknyttet et bestemt sengeafsnit eller ambulatorie for at sikre kontinuitet i deres oplæring (fx i 2-3 måneder af gangen)
- Giver mulighed for at yngre læger kan varetage rolle som patientansvarlig læge for mindre komplekse patienter jf. initiativ 9

Investeringer

- Der vurderes ikke at være ekstra løbende omkostninger eller investeringer

Tiltag 3: Øvrige understøttende elementer

- **Læge** og **plejepersonale** (evt. team) med ansvar for stuegang og pleje kan fremgå på tavle ved patientens seng for at synliggøre, hvem der har ansvaret overfor både patient, pårørende og personale
- Det kan også fremgå på personalets tavler på gange
- Det angives synligt for alle, hvornår næste stuegang finder sted således, at patienten kun ser en ny læge i akutte situationer
- Opsætning af persongalleri med fotos med navn, stilling og funktion på alle ansatte kan være med til at give patienter og pårørende et overblik over ansatte i afdelingen og signalerer åbenhed og imødekommenhed (fx som på Slagelse sygehus)
- **Kontaktpersoner** introducerer sig for patient og evt. pårørende, så patienten ved, hvem der har ansvaret

Feedback fra patienter og personale illustrerer et ønske om mere kontinuitet¹



"Jeg mødte hele tiden nye læger og skulle derfor fortælle min historie igen og igen"
- Patient

"Jeg hørte ikke noget fra nogen om, hvad der foregik og hvad planen var for mig før der blev gået stuegang ved en 11-tiden"
- Patient

"Jeg mister tilliden, når jeg får modstridende oplysninger"
- Patient

"Det er et enormt tidsspild at skulle skifte læge hele tiden"
- Læge

"For yngre læger er der en gigantisk gevinst"
- Ledende overlæge

"Det er godt, fordi du bruger mindre tid på at læse op"
- Ledende overlæge

Yderligere baggrundsmateriale

- Der kan med fordel hentes inspiration fra kræftområdet, hvor der længe er arbejdet med at sikre kontinuitet i forløb: se fx Kræftens Bekæmpelse: temaanalyse af patientoplevelset lægeligt ansvar og kontinuitet i kræftforløbet
- Region Sjælland: Sammen opnår vi mere

1) Patient citater baserer sig bl.a. på patientoplevelser.dk: "sammen opnår vi mere"

14

Standardisering af faste opgaver / arbejdsgange

Standardisering af faste opgaver/arbejdsgange

Observeret hos bl.a. Nordsjællands Hospital¹; AUH²; Hospitalsenheden Vest³; og Regionshospital Nordjylland



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 3: Uoverensstemmelse mellem patient-behov og personaleressourcer

- Komprimering af patientforløb stiller krav til personalet om hurtig og effektiv koordinering af patientforløb internt på hospitalet og på tværs af sektorer
- Personalet på medicinske afdelinger har mindre erfaring og anciennitet grundet udfordringer med rekruttering og fastholdelse. Lavere anciennitet gør det svært at sikre den rette beslutningskraft i nogle situationer, hvor det er nødvendigt

Udfordring 7: Udfordring omkring udskrivelser fører til u hensigtsmæssige sengedøgn

- Manglende standardisering af opgaver relateret til stuegang forsinket udskrivinger



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Standardisering af arbejdsgange via udarbejdelse af fx mødeagendaer, tjeklister mv., og løbende fokus på forbedringer

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Standardisering af opgaver reducerer tid brugt på den enkelte opgave og adresserer misforståelser, der kan føre til ineffektiv brug af personalekapacitet
- Ved at indrette arbejdsgange, hvor den rette beslutningskraft er tilstede (fx speciallæge) reduceres ventetid for andre faggrupper



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

Eksempler på standardiserede opgaver/arbejdsgange indbefatter:

- **Mødeagenda** med faste orienterings- og beslutningspunkter for *tavlemøder* og *kapacitetskonferencer* sikrer effektive møder og fokus på udskrivelse. Fokus på deltagerkreds med rette beslutningskraft
- **Tjeklister** med fokus på praktiske aspekter for modtagelse, behandling og udskrivelse af patienter. Dette optimerer tidsanvendelsen, mindsker arbejdspress for personale, øger sikkerhed for at opgaver udføres med rette kvalitet bl.a. via større ensartethed
- **Standardiseret dokumentationspraksis** sikrer, at den rette information er tilgængelig og reducerer tid brugt på at læse op på patientjournaler (se side 88-89)

Investeringer og løbende omkostninger:

- Mindre initialt ressourcestræk ifm. udarbejdelse af tjeklister mv.

Tidshorisont

- Faste agendaer og tjeklister kan udvikles over en kort periode, men fuld implementering af ændrede vurderes at tage op til et år



IV. Nødvendige overvejelser ifm. implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Initiativet kræver kulturforandring på afdelinger**, hvor struktur og faste rammer på nuværende tidspunkt opleves som en barriere for at bringe den faglige vurdering i spil til gavn for patienterne
- **Komplekse patientforløb** kan være vanskelige at udarbejde standarder for (fx multisyge geriatriske patienter)
- **Øget bureaukrati og papirarbejde**. Det er afgørende, at initiativet implementeres på en måde, hvor tjeklister er en hjælp for personalet fremfor rigide tjeklister, som skal dokumenteres

Andre opmærksomhedspunkter

- Det er vigtigt at kunne divergere fra standardiserede arbejdsgange i tilfælde, hvor der er behov for dette



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling:
 - 0,0-0,1 årsværk for læger¹
 - 0,1-0,2 årsværk for sygeplejersker¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågående initiativ: Mellem/høj (~60%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Reduktion af sengedøgn, da opgaver relateret til stuegang effektiviseres
- Færre u hensigtsmæssige genindlæggelser fra primærsektor, idet arbejdsgange med hensyn til udskrivelser og overlevering til primærsektor forbedres (bl.a. ved forbedret dokumentationspraksis)

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

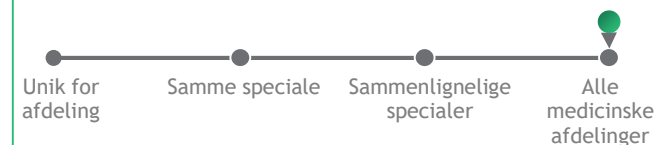
- Bedre arbejdsmiljø, da der kan hentes støtte i standardiserede arbejdsgange for nyt personale



Hvis man virkelig fik sat alt i system, tror jeg, at man kunne spare en hel time per vagt

- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Thyge Lynghøj Nielsen (ledende overlæge); 2. Kristine Bruun Degn (overlæge) og Solveig Kær Rasmussen (afdelingssygeplejerske); 3. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator)



III. Implementering

Mødeagenda og tjeklister kan bidrage til mere standardiserede arbejdsgange

Standardiseret dokumentationspraksis beskrives nærmere på efterfølgende side

Mødeagenda

Tavlemødet skal være kort, dagligt, tværfagligt og effektivt

- Afvikles på 10-15 minutter; alternativt integreres med forstuegang, hvilket forlænger til fx 20 minutter, men slår to møder sammen i et
- Afvikles hver morgen for at sikre fokus på dagens udskrivelser
- Tilstedeværelse af læger sikrer nødvendig beslutningskraft
- Behandlingsplan forbedres ved inddragelse af alle faggrupper som læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, terapeuter og sekretærer
- Overblikstavle med øjebliksbillede af afdelingskapaciteten skal danne grundlag for tavlemødet

Der er behov for lokal tilpasning ift. fx:

- Deltagere
- Tidspunkt
- Leder
- Vigtigste emner
- Indsamling af data




Kapacitetskonferencen er et kort og dagligt planlægningsmøde med henblik på at forbedre flow

Kræver lokal tilpasning, men effektiviseres ved at sikre:

- Agenda der fokuserer på indlæggelser, udskrivinger og overflytninger i bestemt tidsrum (fx 8-14)
- Faglig deltagelse af alle relevante afdelinger inkl. FAM/modtagelse
- At det tager udgangspunkt i afdelingernes tavlemøder, evt. har afdelinger allerede på forhånd indtastet data
- Konsistent ledelse af lokal projektleder eller flowkoordinator
- Brug af velfungerende kapacitetsoversigtsskema
- Fokus på at træffe handlingsorienterede og effektive beslutninger
- At flaskehalse diskuteres ugentligt på et forlænget møde

Tjeklister

For hver arbejdsgang etableres formål, personale-målgruppe, patientgruppe og fremgangsmåde

-  **Modtagelse**
 - **Lægefaglig:** Specifikke undersøgelser og vurderingsparametre
 - **Sygeplejefaglig:** Hvilke remedier og måleudstyr, der skal klargøres
-  **Behandling**
 - Standardisering af typiske behandlingsforløb som patient med pleuradræn eller lungeabsces
 - Vigtigt at der kan afviges fra standardiserede forløb. Individuelle forløb gøres simplere, da der kan argumenteres for afvigelser på baggrund af et fælles udgangspunkt
-  **Udskrivelse**
 - Udskrivelsestjekliste (se eksempel)
 - Standardisering af journalskrivning (se side 88-89). Dette kan fx være ved kursus i at skrive gode journaler (*observeret på AUH*)

Standardiserede arbejdsgange/tjeklister forbedres i en iterativ proces



Eksempel på udskrivningstjekliste

- ✓ Udfyld og send udskrivelsesrapport
- ✓ Print og medgiv medicinliste
 - Husk recepter
- ✓ Dosere medicin (effektivering):
 - Noter hvis dosering afviger fra ordination
 - Eks. 2x5 mg i stedet for 1x10 mg
- ✓ Arranger transport
 - Obs kørestol og evt. rollator
- ✓ Fjern venflon + armbånd
- ✓ Sende remedier med hjem
 - Eks. KAD, SIK, sondemad
- ✓ Fremtidige aftaler
 - Besked gives til patient + pårørende
 - Skrives i udskrivelsesrapport
- ✓ Registrer ilt, airvo, NIV
- ✓ Orienter pårørende omkring udskrivelse
- ✓ Tjek nøgle
- ✓ Tjek skabe og skuffer ved pakning

Tidshorisont

Faste agendaer og tjeklister kan udvikles over en kort periode. Det vurderes, at de originale tjeklister kontinuerligt skal forbedres over en periode på et halvt år. Ligeledes vil ændring af arbejdsgange betyde, at den fulde implementeringsperiode kan være på op til et år

Investeringer

Investeringer: Lille initial investering af personaletid ift. udarbejdelse af standardiserede arbejdsgange.

Løbende omkostninger: Der kan forventes en lille stigning i brug af personaletid på møder såsom tavlemøder og kapacitetskonferencer, indtil effekten af effektive møder realiseres

Yderligere baggrundsmateriale

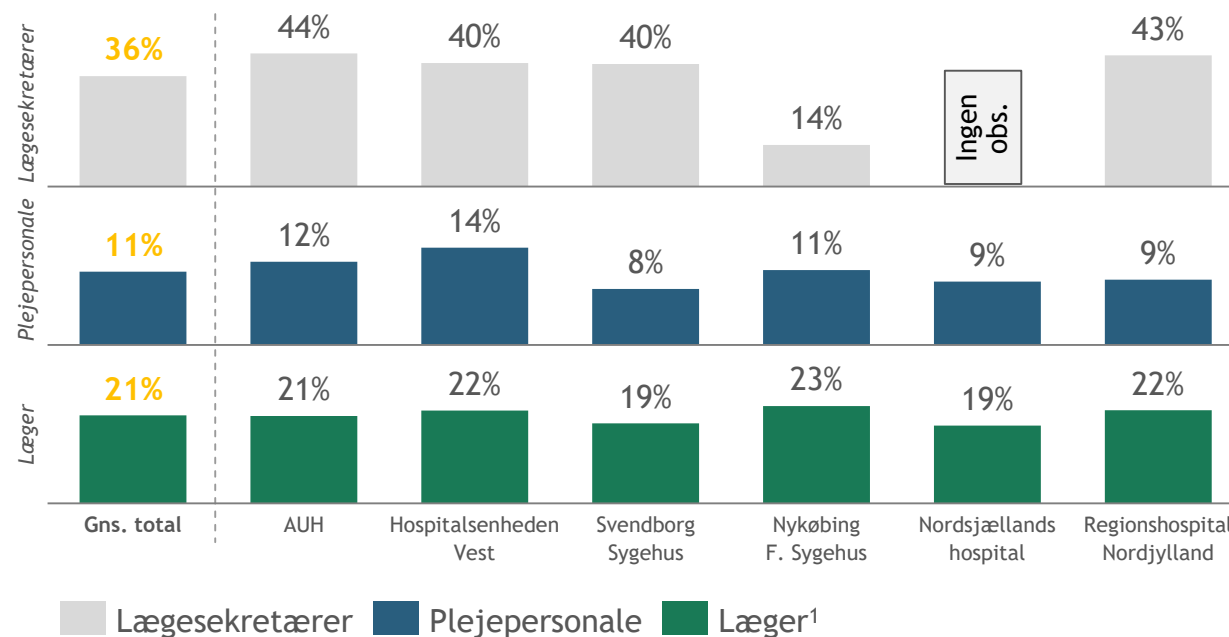
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2015): Sikkert Patientflow - Erfaringer fra et forbedringsprojekt
- MUUSMANN, Operate (2018): Evaluering af implementeringen af Sikkert Patientflow

Der kan være et potentiale i en mere standardiseret dokumentationspraksis

- Der ses forskelle i tid brugt på dokumentation indenfor personalegrupper på tværs af case-afdelingerne. Dette indikerer et potentiale for at nedbringe dokumentationen
- Særligt læger bruger en relativ stor andel af deres tid på dokumentation
- Interviews og workshops indikerer, at der overdokumenteres på afdelinger, fx ved gentagelser, som dels betyder, at selve dokumentationen tager længere tid, men også det at læse op på journaler
- Der kan dermed være et potentiale i en mere standardiseret dokumentationspraksis iht. [initiativ 20](#)

Der bruges generelt relativt meget tid på **dokumentation** på tværs af personalegrupper (fortsættes på næste side)

Andel tid brugt på dokumentation



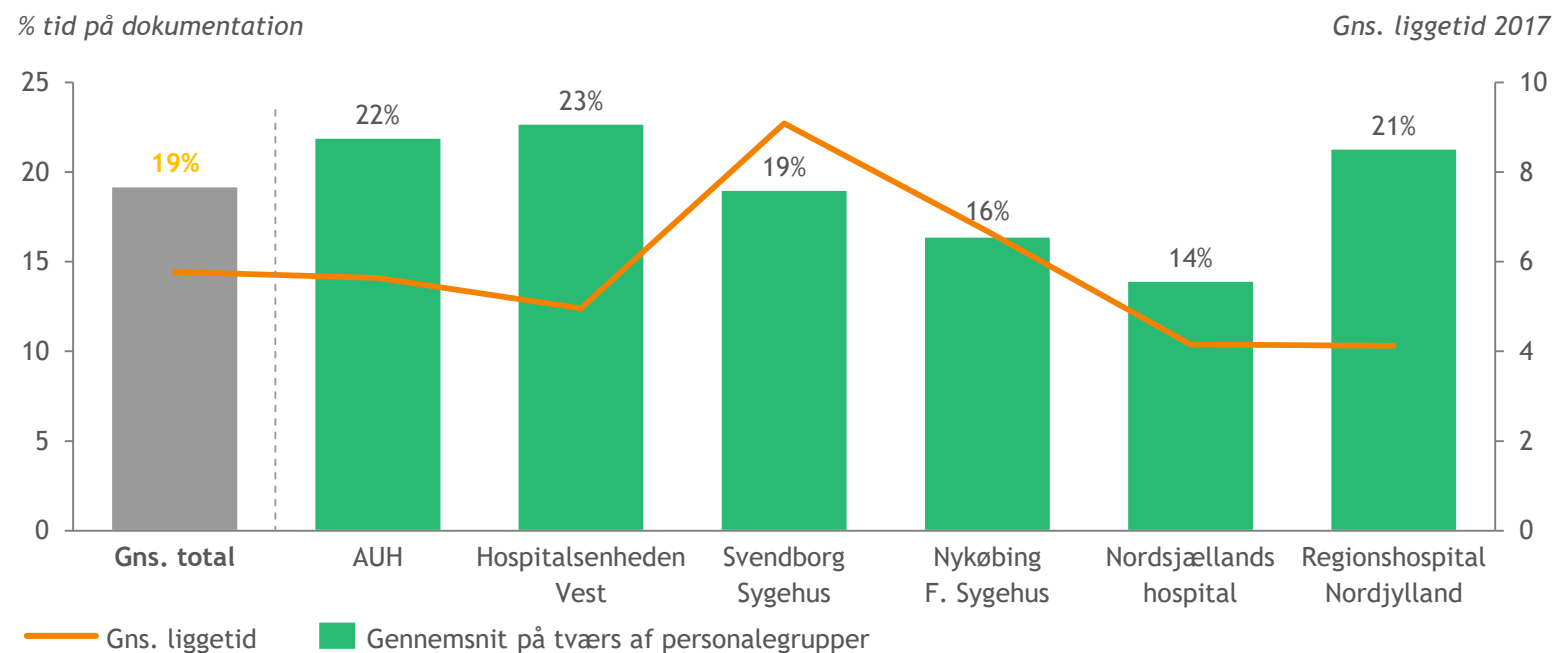
“ Vi kunne hente rigtig meget hvis vi fik styr på, hvordan vi dokumenterer, hvad der skal ske for patienterne. Der er så mange gentagelser, at man drukner i information, når man skal læse op på nye mennesker
- Speciallæge

1) Læger inkluderer 1. reservelæge, reservelæge, afdelingslæge og overlæge

Der er ikke en klar sammenhæng mellem gennemsnitlig liggetid og andelen af tid brugt på dokumentation (fortsættelse)

Højere dokumentation på nogle afdelinger kan ikke forklares ved variationer i gennemsnitlig liggetid

- På workshops og i interviews blev det fremhævet, at udskrivinger driver meget dokumentation
- Ud fra dette vil en højere liggetid forventes at give sig til udslag i mindre dokumentation, idet en afdeling med relativ høj liggetid i gennemsnit vil gennemføre færre udskrivinger per dag sammenlignet med andre
- Af data fra tidsstudiet fremgår dog ikke en klar sammenhæng
- Forskelle i andel tid brugt på dokumentation på tværs af case-afdelinger kan dermed ikke kun forklares med forskelle i liggetider



15

Behovsstyret ambulatorie

Behovsstyret ambulatorie

Observeret hos bl.a. Nordsjællands hospital¹; Svendborg Sygehus²; Hospitalsenheden Vest³; AUH⁴; Regionshospital Nordjylland; Rigshospitalet; Herlev og Gentofte Hospital



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 5 - U hensigtsmæssige ambulante besøg:

- Kroniske patienter følges i nogle ambulatorier efter faste intervaller. Det betyder, at patienter kommer til en række rutinekontroller, som kan vise sig at være unødvendige, samt at kontrolbesøgene ikke nødvendigvis finder sted på de tidspunkter, hvor patienterne har størst behov
- Nogle steder er der desuden en tendens til at beholde patienten i et ambulantly forløb på sygehuset i længere tid end nødvendigt, bl.a. pga. usikkerhed om tilbud i primærsektoren
- Tilsvarende kan der forekomme ambulante kontroller, som i stedet kunne have fundet sted ved almen praktiserende læge



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Ambulatorie besøg sker med udgangspunkt i patientens behov og en vurdering af, om patienten i stedet kan tilses i almen praksis
- Alle henvisninger gennemgås af speciallæge, som tilbagehenviser til almen praksis, hvis ikke der findes at være behov for kontakt
- Vurdering af behov kan ske med udgangspunkt i kontakt mellem patient og sundhedsperson per telefon, skriftligt eller pba. patientrapporterede oplysninger (PRO) om helbred og forværring

Investeringer

- Investeringer i telekit mhp. digital understøttelse af PRO har en omkostning på ~5.400 kr. per borger (jf. Telecare Nord)

Tidshorisont

- Væsentligste elementer (screening af nyhenviste, kontroller efter behov og uddannelse af patienter i selvmonitorering) vurderes at have en kort implementeringsperiode, mens en udformning, som indbefatter telemedicinske løsninger har en længere tidshorisont



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Kroniske patienter tilses ved ambulante besøg ud fra en konkret vurdering af patientens behov fremfor ved fastlagte kontroller
- Vurdering af behov tager udgangspunkt i kontakt mellem afdelingen og patient og/eller aktører i primærsektoren (fx almen praksis)

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Ambulante besøg efter patientens behov fremfor faste intervaller reducerer besøg for kroniske patienter i et ambulantly forløb



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Forudsætter en øget forudgående kontaktflade** mellem sygehus og patient og/eller almen praksis
- **Udfordrer eksisterende organisering og rutiner**
- **Manglende adgang til PRO data i fagsystemer** kan være en barriere

Andre opmærksomhedspunkter

- Screening af behov kan kræve opkvalificering af sygeplejersker
- Det er centralt, at afdelinger er bekendte med mulighederne for opfølgning i primærsektoren og at de er trygge ved at henvise hertil
- Det er afgørende, at telemedicinske løsninger kun tilbydes til udvalgte patientgrupper for at undgå, at det bliver en udvidet service med højre omkostninger til følge frem for et reelt alternativ



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 1,2-1,7 ambulante besøg for kroniske patienter¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Høj (70%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Forebygger akutte kontakter, dels ved den løbende monitorering af patientens helbred og dels ved, at borgernes sundhedskompetencer øges således, at de er bedre i stand til at tage hånd om egen sygdom
- PRO og automatiske indberetninger reducerer tidsforbrug per ambulantly kontakt

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

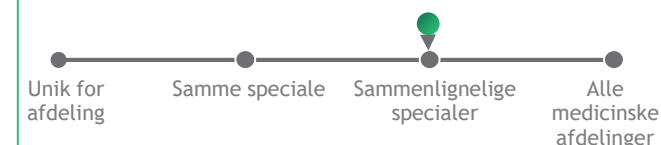
- Giver borgerne en større tryghed og kontrol med egen sygdom samt en større opmærksomhed på forværring af sygdommen
- Øger fleksibilitet for patienter
- Øger medarbejdertilfredshed ved, at det er de rigtige patienter til rette tilbud



Der ligger helt klart noget potentiale i det fremadrettet

- Overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger

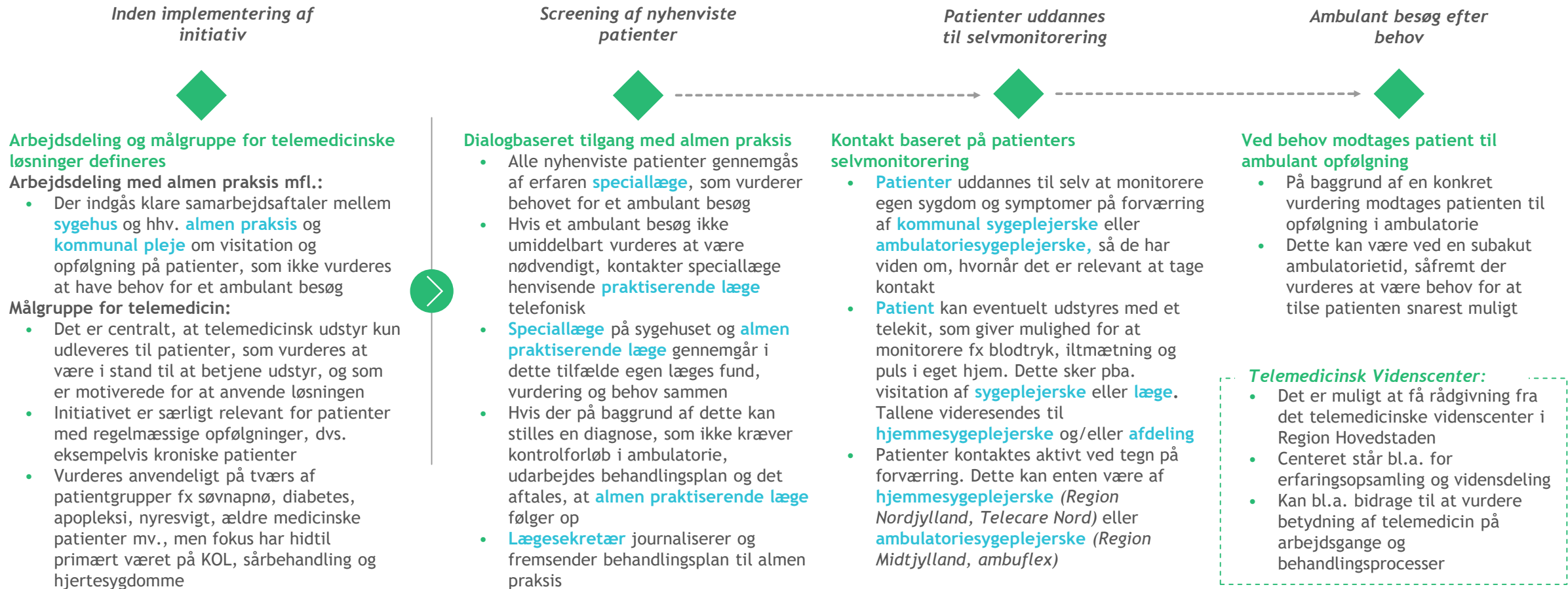


1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Thyge Lynghøj Nielsen (ledende overlæge); 2. Søren Jakobsen (ledende overlæge); 3. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator); 4. Kristine Bruun Degn (overlæge) og Solveig Kær Rasmussen (afdelingsygeplejerske)



III. Implementering

Der sikres en behovsstyret tilgang til ambulante besøg vha. screening, dialog med almen praksis og eventuelt telemedicinske løsninger



Telemedicinsk Videnscenter:

- Det er muligt at få rådgivning fra det telemedicinske videnscenter i Region Hovedstaden
- Centeret står bl.a. for erfaringsopsamling og vidensdeling
- Kan bl.a. bidrage til at vurdere betydning af telemedicin på arbejdsgange og behandlingsprocesser

Tidshorizont

Væsentligste elementer (screening af nyhenviste, kontroller efter behov og uddannelse af patienter i selvmonitorering) vurderes, at have en kort implementeringsperiode, mens en udformning, som indbefatter telemedicinske løsninger har en længere tidshorizont og kan være afhængigt af modning af den nationale telemedicinske infrastruktur, som påbegynder implementering i oktober 2019

Investeringer

Investeringer: Afhængigt af udformning kan der være investeringer i telekit for at understøtte digital rapportering af PRO. Et telekit vurderes at have en omkostning på ~5.400 kr. per borger (jf. erfaringer fra Telecare Nord). **Løbende omkostninger** til teknisk service og til efteruddannelse af monitoreringsansvarlige sygeplejerske i kommunalt regi

Yderligere baggrundsmateriale

- VIVE (2019): Patientoplevelser af værdibaseret styring
- Nordsjællands hospital: CAPTAIN
- Region Midtjylland: Ambuflex
- Region Nordjylland: Telecare Nord
- Statens Serum Institut: tjekliste til vurdering af telemedicin

IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Forudsætter en øget forudgående kontaktflade** mellem sygehus og patient og/eller almen praksis for at afklare, hvornår ambulante kontakt er nødvendig eller ej. Ligeledes er det nødvendigt at sikre relevant opfølgning i almen praksis ved tilbagehenvisning
- **Udfordrer eksisterende organisering og rutiner.** En behovsstyret tilgang gør det vanskeligere at planlægge ambulatoriedriften og forudsætter en mere fleksibel tilgang af personalet
- **Manglende adgang til PRO data i fagsystemer** kan være en barriere for samarbejde om telemedicinske løsninger. Det er for nogle hospitaler ikke muligt at tilgå patientrapporterede data via sygehusenes elektroniske patientjournaler



Hvordan barrieren adresseres

- ✓ Øget behov for kontakt kan imødekommes via opkald til almen praktiserende læge baseret på en klar samarbejdsaftale og en dialogbaseret tilgang
- ✓ Ved nyhenviste patienter kan speciallæge tage telefonisk kontakt til almen praktiserende læge, når der ikke umiddelbart vurderes behov for ambulante besøg
- ✓ For kronikere med gentagne besøg kan patientkontakt eventuelt struktureres omkring telemedicinske løsninger (fx som Telecare Nord og ambuflex)
- ✓ Det er afgørende med tydelig ledelsesmæssig opbakning for at kunne omlægge eksisterende arbejdsgange
- ✓ Der er gode erfaringer med at bruge patientoplevelser som led i forandringer af arbejdsgange, da dette kan være med til at overbevise det kliniske personale i de positive aspekter ved at ændre eksisterende organisering og rutiner
- ✓ Primo 2019 igangsættes udvikling, test og levering af en national telemedicinsk infrastruktur, der binder de borgerrettede (sundhed.dk) og medarbejderrettede (Open Tele) telemedicinske løsninger sammen
- ✓ Regionshospital Nordjylland har gode erfaringer med, at de via et link i patientjournalen kan gå ind og tjekke iltmålinger, blodtryk mv.



Andre opmærksomhedspunkter

- Screening af behov kan kræve opkvalificering af sygeplejersker, såfremt der vælges en model, hvor dette varetages af erfarne sygeplejersker fremfor speciallæger
- Det er centralt, at afdelinger er bekendte med mulighederne for opfølgning i primærsektoren og at de trykke ved at henvise hertil
- Det er afgørende, at telemedicinske løsninger kun tilbydes til udvalgte patientgrupper for at undgå, at det bliver en udvidet service fremfor et reelt alternativ, da dette kan være omkostningstungt. Af denne grund kan det være relevant at målrette brugen af telemedicinske løsninger til kronikere med gentagne besøg. En eventuel ekstraomkostning til telemedicin skal dog holdes op imod den gevinst, der opnås i kvalitetsjusterede leveår



V. Effekt

Estimeret kapacitetsforbedring

Primære kapacitetseffekt

- Ambulante besøg efter patientens behov fremfor faste intervaller reducerer besøg for kroniske patienter i et ambulansforløb

Sekundær kapacitetseffekt

- PRO og automatiske indberetninger reducerer tidsforbrug per ambulanskontakt. Erfaringer viser, at ambulante kontroller reduceres fra 30 til 10 minutter per patient ved, at data er tilstede forud for besøget
- Forebygger akutte kontakter, dels ved den løbende monitorering af patientens helbred og dels ved, at borgernes sundhedskompetencer øges således, at de er bedre i stand til at tage hånd om egen sygdom
- Målinger foretaget af patienten selv og automatiske indberetninger reducerer tidsforbruget for praktiserende læge

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Effektmål: Ambulante besøg
- Estimeret gennemsnitlig effekt på case-afdelinger uden udbredelse (bruttoeffekt): 9%
- Estimeret gennemsnitlig udbredelse på case-afdelinger: Høj (70%)
- Estimeret potentiale på gennemsnitlig afdeling (20 senge, max 85% udbredelse): 1,2-1,7 ambulante besøg for kroniske patienter

Kvalitativ effekt for patient og personale

- Erfaringer viser, at ~60% af patienter oplever øget kontrol med egen sygdom; ~70% oplever en øget tryghed og er bedre i stand til at håndtere egen sygdom og ~50% oplever øget opmærksomhed på egne symptomer og reagerer på sygdomsforværring¹
- Øger fleksibilitet for patienter
- Medarbejdertilfredsheden øges ved en bedre anvendelse af ressourcer, som sikres ved, at det er de rigtige patienter til rette tilbud
- Vidensdeling mellem sygehus og almen praksis vha. dialogbaseret tilgang



De patienter, der er inkluderet i ambuflex, er behovsstyrede alle sammen

- Oversygeplejerske



CAPTAIN er helt behovsstyret udover den årlige samtale om resten af livet (ACP samtale)

- Ledende overlæge



Der er potentiale for mere behovsstyret konsultation, men det kræver, at det er sub-akutte tider

- Overlæge

16

Undgå (gentagne) udeblivelser
fra ambulatorier

Undgå (gentagne) udeblivelser fra ambulatorier

Observeret hos Nordsjællands hospital¹, Hospitalsenheden Vest²; Svendborg Sygehus³ og Regionshospital Nordjylland



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 5 - U hensigtsmæssige ambulante besøg:

- Der opleves en udfordring med patienter, som udebliver fra ambulatorietider. Dette forsinker ambulante forløb og optager ambulatoriekapacitet, der kunne bruges til behandling af andre patienter. Ifm. dette kan der opstå unødigt ventetid for personalet
- Udeblivelser er ofte nyhenviste patienter eller kroniske patienter, som behandles efter faste intervaller. For sidstnævnte foretages gentagne automatiske bookinger, som kan vise sig ikke at være nødvendige
- Der foretages ofte automatiske ombookinger, selvom udeblivelsen kan være et udtryk for, at patienten ikke ønsker konsultationen



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Aktiv påmindelse af patienten op mod ambulatorietider via SMS eller opkald. Dette kan enten være automatisk eller ved aktiv tilmelding
- Det gøres let for patienter at melde afbud eller ændre tidspunkter
- Der besluttet et specifikt antal udeblivelser fra ambulante konsultation, hvor ansvaret for opfølgning overføres fra ambulatoriet til almen praktiserende læge. En overførsel til almen praksis vil dog altid være ud fra en konkret vurdering af patientens behov
- Der indgås klare aftaler med almen praksis om relevant opfølgning ved overførsel af en patient, så det ikke risikeres at patienter 'tabes'

Investeringer

- Der kan være behov for investeringer i digitale løsninger

Tidshorisont

- Initiativet kan implementeres efter, der er indgået aftaler med almen praktiserende læge, fastsat klare retningslinjer for indsatsen og udarbejdet digitale løsninger, såfremt dette ikke er tilstede



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Måltrettet indsats mod at reducere udeblivelser i ambulatoriet, bl.a. via proaktiv påmindelse af patienter og klare aftaler med almen praksis

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Ved at reducere udeblivelser sikres en mere effektiv anvendelse af personalets tid, idet der ikke går tid med at møde i ambulatorie samt at afvente, om patienten kommer eller ej
- Det bemærkes dog, at det ikke er hele amb.-tiden der frigives, da personalet allerede så vidt muligt anvender tiden på andre opgaver



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- Der vurderes ikke at være væsentlige barrierer, hvilket også afspejler sig i, at initiativet er vurderet til at have den højeste implementerbarhed af alle initiativer

Andre opmærksomhedspunkter

- Patienter bør så vidt muligt have medindflydelse på aftaletidspunktet for at undgå senere udeblivelser eller aflysninger
- Det er afgørende, at indsatsen indrettes under hensyntagen til den enkelte patient og sociale forhold, så det ikke risikeres, at skrøbelige patienter rammes negativt af initiativet
- Opkald kan målrettes skrøbelige patienter, hvor der ikke er pårørende involveret, samt de patientgrupper som hyppigst udebliver



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling:
 - 0,1 lægeårsværk
 - 0,1-0,2 sygeplejerske årsværk
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Mellem/høj (~60%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Frigør ambulatorietider som i stedet kan anvendes til andre patienter

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

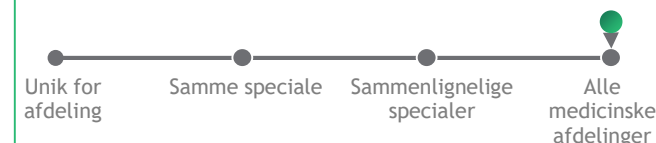
- Bidrager til at sikre, at patienter med behov for besøg møder i ambulatoriet. Dette er særligt relevant for skrøbelige patienter
- Sikrer bedre sammenhænge i overgange til almen praksis
- Øget personaletilfredshed ved at frigøre tid til andre opgaver, som er mere værdiskabende
- Reduceret ventetid for patienter



Det drejer sig ofte om de samme patienter, det store problem er altså ikke dem som lige glemmer det en enkelt gang.

- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger





III. Implementering

Udeblivelser fra ambulatorier kan reduceres gennem en proaktiv og inddragende indsats

Mulige tiltag

Tiltag som kan huske patienter på aftale:

- SMS-påmindelser
- Medindflydelse på aftaletidspunktet
- Selvbooking
- Kortere tid mellem indkaldelse og mødetidspunkt

Tiltag der understøtter, at patienter melder afbud, når de er forhindret:

- Muligheder for at melde afbud per SMS
- App til afbud og ændring af tid
- Digital selvbetjening af booking

Tiltag der reducerer gentagne udeblivelser:

- Efter et givent antal udeblivelser (fx 1-2) overføres patient til almen praksis, som får ansvar for at følge op med patienten

Samarbejde med almen praksis om nyhenviste

- Øget fokus i almen praksis på at afklare om patient ønsker ambulatorietid før henvisning

Målgruppe

- Tiltag kan med fordel målrettes de patientgrupper, som oftest udebliver
- Undersøgelser viser en række karakteristika for de patienter, der hyppigst udebliver:
 - Sårbare patienter
 - Oftest mænd
 - Personer i alderen 20-40 år
 - Personer, som har modtaget indkaldelsen fra hospitalet mere end seks uger før mødetidspunktet

Tidshorisont

Initiativet kan implementeres, efter der er indgået aftaler med almen praktiserende læge og fastsat klare retningslinjer for indsatsen, fx antal udeblivelser inden automatiske ombookinger ophører, og vurderes derfor at have en kort tidshorisont

Booking



Aftales med patient

- Tidspunktet for det ambulante besøg aftales i fællesskab med patienten eller ved selvbooking
- Patient opfordres til at tage pårørende med
- Patient kan enten automatisk tilmeldes påmindelser eller aktivt vælge dette til
- Pårørende kan også tilbydes mulighed for påmindelser (særligt relevant for skrøbelige og ældre patienter)

Påmindelse



SMS eller opkald

- Patient og eventuelt pårørende modtager påmindelse et givent antal dage før besøget (fx to dage)
- Påmindelse kan enten være per SMS eller telefonisk

Overførsel/tilbagehenvisning til almen praksis



Vurdering af patient

- Ved første udeblivelse vurderes det, om det er relevant at tilbyde patienten en ny tid
- Patient kan kontaktes for at høre baggrunden for udeblivelsen
- Ved gentagen udeblivelse overføres kroniske patienter automatisk til almen praksis (fx efter 2. udeblivelse)
- Ved udeblivelse af nyhenviste patienter tilbagehenvises patienten til almen praksis
- I epikrisen eller ved anden form for koordinering oplyses almen praksis om den anbefalede opfølgning for patienten

Eksempler på implementering

- Svendborg Sygehus har allokeret en sekretær til at ringe op til patienter to dage inden aftale
- Regionshospitalet Nordsjælland kontakter aktivt den udeblevne borger enten via SMS eller opkald. Ved udeblivelse vurderes det, om patienten skal indkaldes igen, men efter 2. udeblivelse afsluttes det ambulante forløb automatisk, og patienten overføres til almen praktiserende læge
- Region Midtjylland har eksperimenteret med at give bøder til patienter, som udebliver, men der har dog ikke været en mærkbar effekt (*Viborg og Silkeborg sygehus*)
- Hospitalsenheden Vest sender SMS påmindelser og overfører til almen praksis ved gentagne udeblivelser
- Nykøbing Falster Sygehus har SMS påmindelser, som patienter kan melde sig til (indsatsen er dog ikke målrettet patienter med gentagne udeblivelser)

Investeringer

Investeringer: Der kan være behov for investeringer i digitale løsninger. **Løbende omkostninger:** Der kan være et øget ressourcetræk på lægesekretærer ifm. opkald til patienter, men dette vurderes klart at være opvejet ved færre udeblivelser og administrationen, som er forbundet med dette

Yderligere baggrundsmateriale

- Region Midt (2017): Gebyr ved udeblivelse i det offentlige sygehusvæsen
- VIVE (2016): Reduktion af udeblivelser

Smidig og holdbar udskrivnings- proces

Tidligere udskrivning af medicinsk færdigbehandlede patienter

- 17. Øget inddragelse af terapeuter
- 18. Tværsektorielt samarbejde om udskrivningsproces

Sikrere omgivelser for patient efter udskrivning

- 19. Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale
- 20. Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient



17

Øget inddragelse af terapeuter

Øget inddragelse af terapeuter

Observeret hos bl.a. Hospitalsenheden Vest¹; Svendborg Sygehus²; AUH³; Nordsjællands Hospital⁴ og Regionshospital Nordjylland



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 7 - Udfordringer omkring udskrivelser fører til u hensigtsmæssige sengedøgn: I løbet af indlæggelsen mister patienter muskelmasse og fysiske evner, hvilket forårsager u hensigtsmæssige forlængelser af indlæggelsen

Udfordring 8 - Kommuner er ikke klar til at modtage færdigbehandlede patienter: Kommuner kan først påbegynde rekvirering af hjælpemidler og aflastningsplads, når behov er beskrevet klart fra afdelingen

Udfordring 9 - U hensigtsmæssige genindlæggelser: Patienter udskrives for tidligt eller til en ny situation uden tilstrækkelige hjælpemidler, fordi der ikke er blevet taget tilstrækkeligt højde for patientens funktionsniveau i forbindelse med udskrivningen



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Terapeuter inddrages tidligt i plejeforløbet, således at rehabilitering og mobilisering tænkes ind i behandlingsplanen
- Som led i udskrivningsforløbet vurderer terapeuten, hvorvidt patienten er fysisk parat til udskrivelse. Derudover identificerer terapeuten, hvilke hjælpemidler, der er nødvendige, for at patienten kan opholde sig trygt og sikkert i sin nye habituatilstand
- Denne terapeutiske vurdering meddeles til kommunen i tide, så de nødvendige hjælpemidler kan stilles til rådighed

Investeringer

- Initiativet forudsætter 1-2 terapeuter tilknyttet afdelingen - enten ansat direkte i afdelingen eller allokert fra sygehusets centrale terapeuter

Tidshorisont

- Tidshorisonten vurderes kort, men afhænger af behov for rekruttering eller om nuværende terapeuters arbejdsgange skal omlægges



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 2,7 sengedøgn/uge fordelt på tværs af ældre medicinske patienter¹
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågående initiativ: Høj (~70%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Færre genindlæggelser, idet patienter ikke udskrives til hjem/plejecenter med utilstrækkelige hjælpemidler til rådighed

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

- Bedre livskvalitet for patienten som følge af bedre fysisk udgangspunkt efter rehabilitering



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Terapeuter inddrages for at vurdere patientens fysiske tilstand med henblik på udskrivning og for at øge fokus på mobilisering under indlæggelse

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Ved at øge fokus på rehabilitering, mobilisering og patientens behov for hjælpemidler tidligt i indlæggelsen kan koordinering med kommunen om udskrivning igangsættes tidligere og kan dermed være med til at forkorte indlæggelsestiden



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Utilstrækkelig tværsektoriel kommunikation**, som forhindrer rettidig overlevering af terapeutiske vurderinger til kommunen
- **Frygt for at en decentral organisering af terapeuter** har en negativ indvirkning på fagligheden
- **Ressourcer prioriteres ikke til ansættelse af terapeuter**

Andre opmærksomhedspunkter

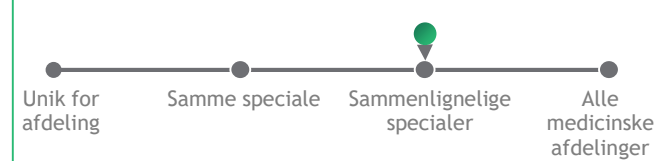
- Knappe terapeutiske ressourcer skal prioriteres til de patienter, som har det største behov for mobilisering
- Jf. arbejdsmarkedsbalancen fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering gælder for alle fem regioner, at der ikke er mangel på fysioterapeuter, der kan dog fortsat være lokale udfordringer



Der er potentiale for mere inddragelse af terapeuter og mere samarbejde

- Ledende oversygeplejerske

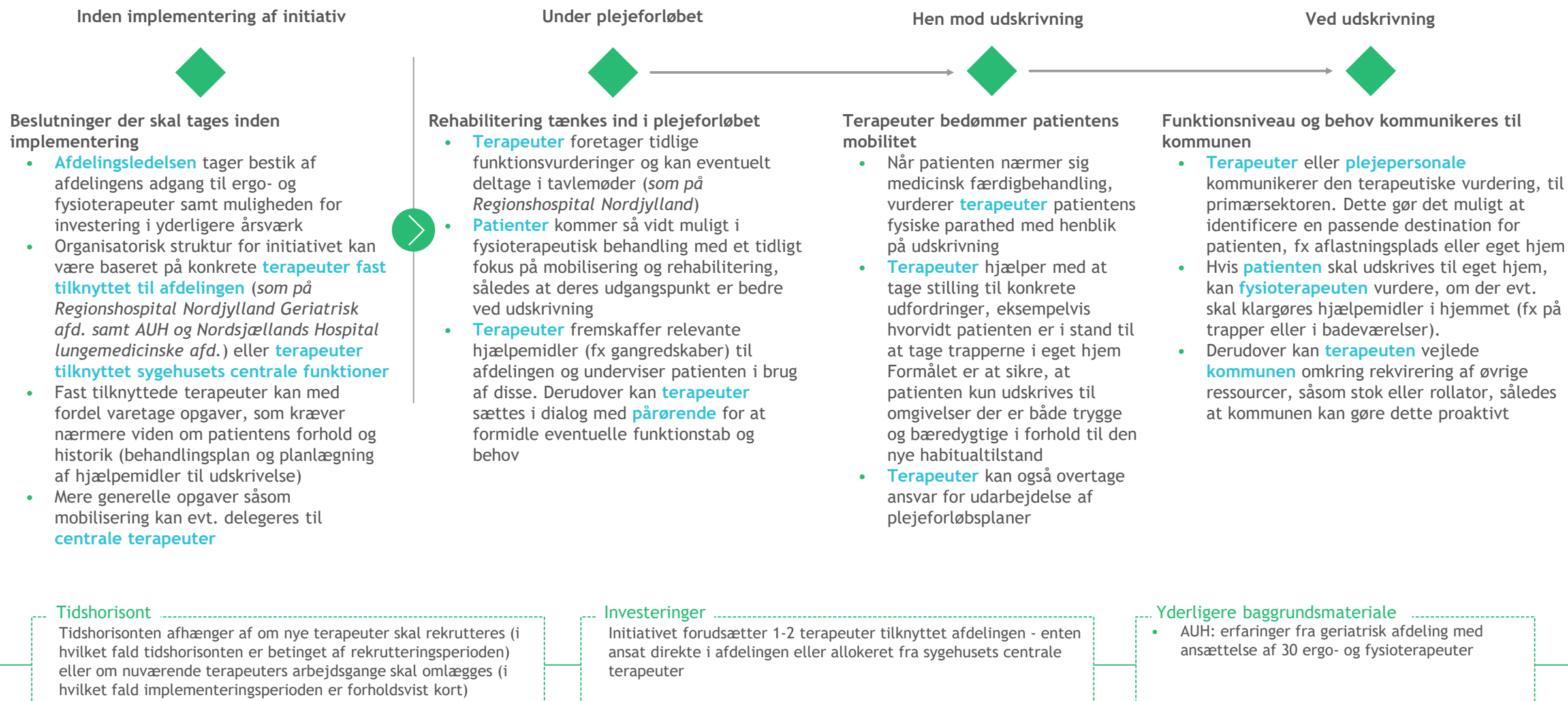
Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1. Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator); 2. Søren Jakobsen (ledende overlæge); 3. Kristine Bruun Degn (overlæge) og Solveig Kær Rasmussen (afdelingspsygeplejerske); 4. Thyge Lynghøj Nielsen (ledende overlæge)

III. Implementering

Øget inddragelse af terapeuter medvirker til bedre rehabilitering i løbet af indlæggelsen samt en mere effektiv udskrivningsproces



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Udfordringer forbundet med tværsektoriel kommunikation:** Initiativet involverer hyppig kommunikation mellem afdelingens terapeuter og kommunen. Dette forudsætter tilstrækkelig mulighed for kontakt til kommunale kontaktpersoner, hvilket bl.a. afhænger af de kommunale telefontider
- **Frygt for at en decentral organisering af terapeuter** har en negativ indvirkning på fagligheden, idet der opleves en risiko for et mindre stærkt fagfællesskab indenfor terapigruppen
- **Ressourcer prioriteres ikke til ansættelse af terapeuter:** Terapeuter er specialiserede i rehabilitering og mobilisering og kan derfor ikke varetage fx plejeopgaver. Dermed kan der være en tilbøjelighed til at prioritere knappe ressourcer til ansættelse af plejepersonale, da disse kan dække et bredere spektrum af opgaver, hvorfor der er en større fleksibilitet forbundet hermed. Ligeledes skal der være et vist antal sygeplejersker for at få vagtplaner til at gå op



Hvordan barrieren adresseres

- ✓ Afdelingen kan sikre bedre overlevering af den terapeutiske vurdering ved, at gøre terapeuter ansvarlige for drøftelser med visitatorer fra kommunen vedrørende patientens fysiske tilstand (som på Nordsjællands Hospital og Svendborg Sygehus)
- ✓ Terapeuter kan også udarbejde plejeforløbsplaner
- ✓ En decentral organisering af terapeuter kan kobles op til den centrale terapigruppe med månedlige temamøder eller lignende
- ✓ Risikoen opleves dog ofte også opvejet af et mere tværfagligt læringsmiljø, som bidrager til at øge den samlede faglighed
- ✓ Erfaringer viser, at en prioritering af ressourcer til ansættelse af terapeuter øger afdelingens generelle fokus på rehabilitering og en mere tværfaglig tilgang til patienten. Dermed kan investeringer i terapeuter opvejes ved muligheden for tidligere udskrivelse og et kvalitetsløft i rehabiliteringsopgaver mv.
- ✓ En forudsætning er dog tydelig ledelsesmæssig opbakning til prioriteringen



Andre opmærksomhedspunkter

- **Knappe terapeutiske ressourcer skal prioriteres for at opnå størst gavn:** Hvor der er begrænsede ressourcer til terapi, kan terapeuternes tid med fordel prioriteres til de patienter, som har det største behov for mobilisering, for eksempel pga. tab af gangfunktion, balance og styrke
- **Uklarhed om varetagelse af plejeopgaver:** Når terapeuter i højere grad inddrages, kan der opstå uklarhed omkring ansvarsdelingen mellem terapeuter og plejepersonale. Det er derfor nødvendigt at definere klare rammer for udførelsen af daglige plejeopgaver
- **Det er afgørende, at der skabes et tværfagligt miljø** for at udnytte faglige synergier optimalt



V. Effekt

Estimeret kapacitetsforbedring

Primære kapacitetseffekt

- Reduktion i sengedøgn for ældre medicinske patienter grundet bedre rehabilitering undervejs i indlæggelse, samt optimeret koordinering med kommuner omkring etablering af hjælpemidler i patientens hjem/plejecenter
- Dette er særligt relevant for de ældre medicinske patienter med stort tab af fysik ved længerevarende immobilisering ifm. sygdom

Sekundær kapacitetseffekt

- Færre genindlæggelser, idet patienter ikke udskrives til hjem/plejecenter med utilstrækkelige hjælpemidler til rådighed

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- **Effekt mål:** Sengedøgn for ældre medicinske patienter
- **Estimeret gennemsnitlig effekt på case-afdelinger uden udbredelse (bruttoeffekt): 14%**
- **Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 2,7 sengedøgn for ældre medicinske patienter/uge**
- **Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Høj (70%)**

Kvalitativ effekt for patient og personale

- Bedre livskvalitet for patienten sfa. den rehabiliterende indsats, som medvirker til et bedre fysisk udgangspunkt ved udskrivning
- Øget sikkerhed og tryghed for patienten, fordi den terapeutiske vurdering reducerer risikoen for udskrivelser af patienter før, at de er fysisk parat



Funktionsniveau er alfa og omega i geriatrien. Det betyder noget for arbejdet med patienten og for prognosen at have terapeuterne inde over. Derudover giver de relevante vurderinger i forhold til hjælp i hjemmet, og hvad patienten får brug for

- Læge



Terapeuterne er gode til at hjælpe med at få plejeforløbsplanen ud til kommunen. Uden dem ville det være meget svært at gøre til tiden

- Sygeplejerske



Det er rigtig godt, at ergo- og fysioterapeuter er inde over! Det giver også noget positivt fra kommunernes side, at det altid den samme man ringer til omkring behov for hjælpemidler og planen for genoptræning

- Lungemedicinsk sygeplejerske

18

Tværasektorielt samarbejde om udskrivningsproces

Tværasektorielt samarbejde om udskrivningsproces

Observeret hos Svendborg sygehus¹; Nordsjællands hospital² og Sygehus Lillebælt



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 7 - Udfordring omkring udskrivelser fører til uhensigtsmæssige sengedøgn: Uhensigtsmæssige indlæggelsesdøgn kan være et resultat af krav i samarbejdsaftaler, inkl. seneste tidspunkt for varsling, samt en begrænset adgang til kommunale medarbejdere ift. at varsle udskrivelser

Udfordring 8 - Kommuner er ikke klar til at modtage færdigbehandlede patienter: Sen eller mangelfuld koordinering og varsling af udskrivning medfører, at kommuner ikke er klar til at modtage patienter fx grundet forsinket fremskaffelse af hjælpemidler

Udfordring 9 - Uhensigtsmæssige genindlæggelser: Genindlægger pga. utilstrækkelig kommunikation fx ift. ny habitustilstand og indsats. Kan også skyldes uenighed i vurdering af pleje- og støttebehov



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- **Fast intern udskrivningskoordinator** kan stå for koordinering med kommune og sikre bedre overgang i patientforløb via tæt dialog
- **Faste kommunale visitatorer** hjælper sygehuspersonalet med at koordinere udskrivningen og det videre forløb. Kan være ved øget tilstedeværelse på hospital, da det øger fleksibilitet til at afholde fælles møder med patient og pårørende mhp. at planlægge udskrivningen. Her kan fx afdækkes funktionsnedsettelse og patientens ønsker til hjælp, opnås information om visiterede ydelser og forventningsafstemme ift. kommunalt serviceniveau

Investeringer

- Kan tilrettelægges så indsatsen er omkostningsneutral for kommune og afdeling, idet det erstatter anden udskrivningskoordination

Tidshorisont

- Kan implementeres indenfor en etårig tidshorisont under forudsætning af, at der indgås klare samarbejdsaftaler om arbejdsdeling



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Bedre udskrivningsproces og overgang gennem tidlig dialog mellem kommune og afdeling via udskrivningskoordinator på hospitalet og/eller øget tilstedeværelse af kommunal visitator

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Kortere indlæggelsestid via et mere effektivt samarbejde om udskrivningsprocessen, som sikrer tidlig varsling af udskrivning
- Frigiver personaletid ved at reducere tid brugt på skriftlig og telefonisk koordinering ifm. udskrivelser (se side 110)



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Der skal være en vis patient-volume** for, at kommunale medarbejdere kan arbejde effektivt. Det kan være svært i tilfælde med hospitaler, hvor der er mange samarbejdskommuner. Omvendt er fordelene større ved en udskrivningskoordinator ved mange samarbejdskommuner, da det tager mere tid at koordinere
- **Vanskeligt at opnå fysisk tilstedeværelse af kommunale visitatorer**, idet kommuner kan opleve en risiko for, at visitatorer er mere tilbøjelige til at gå ind og varetage hospitalsopgaver

Andre opmærksomhedspunkter

- Kan implementeres i forskellige grader; kun ved fast udskrivningskoordinator; kun kommunal visitator; kombination af begge



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- **Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling:** 1,3-5,4 sengedøgn for ældre medicinske patienter per uge¹
- **Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ:** Lav (~30%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Færre genindlæggelser, idet patienter ikke indlægges unødigt på grund af utilstrækkelig overlevering af habitustilstand og behov

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

- Patienter oplever en større sammenhæng i patientforløb og sikres den nødvendige indsats ift. fx pleje og rehabilitering efter udskrivning
- Bedre vejledning om rette kommunale indsats



Der er et stort potentiale i, at man får fat i den rigtige person fra kommunen fra starten af, og hurtigt kan få sat gang i tingene.

- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Søren Jakobsen (ledende overlæge); 2. Thyge Lynghøj Nielsen (ledende overlæge)

Tværasektorielt samarbejde om udskrivningsprocessen kan udføres i forskellige skaleringer



Løsning a: fast intern udskrivningskoordinator på afdelingen

Sygehus Lillebælt (målrettet komplicerede patienter)

Om tilgangen

- Sygeplejerske ansættes som klinisk udskrivelseskoordinator. Dette kan være på deltid afhængigt af behov (på Kolding sygehus er ansat en sygeplejerske 25 timer om ugen på medicinsk sengeafsnit)
- Sikrer at udskrivelsen begynder ved indlæggelse. Fx ved at screene patienter ved indlæggelse ift. eventuelle uafklarede hjemlige forhold ifm. udskrivelsen
- Afholder udskrivessamtaler med patient/pårørende og kommunale koordinators og forventningsafstemmer
- Deltager i samarbejds møder med primær sektor
- Medvirker til at identificere forbedringstiltag i tværasektorielle overgange og bidrager til fælles løsninger
- Varetager koordinering af det totale udskrivningsforløb hos medicinske patienter
- Kvalitetssikrer plejeforløbsplaner, således at der bliver sendt de nødvendige oplysninger til primær sektor

Forudsætninger for implementering

- Skal have indgående kendskab til samarbejdsaftaler mv., så vedkommende kan vejlede og oplære kollegaer
- Særligt relevant ved sygehus med mange kommuner, da det kræver mere koordinering og tid brugt på at holde styr på diverse forskellige aftaler



Løsning b: faste kommunale visitatorer med tilstedeværelse på hospital

Svendborg Sygehus (målrettet ældre patienter)

Om tilgangen

- Kommunale visitatorer er tilstede på sygehus i dagtimer (på Svendborg Sygehus er ansat tre visitatorer fra Faaborg-Midtfyn kommune, som på skift arbejder på sygehuset i tidsrummet 8-15)
- Visitatorer sikrer den praktiske koordinering af kommunens tilbud ifm. udskrivelsen og videre forløb
- På sygehuset har visitator let adgang til information om, hvilke patienter der er indlagte
- Bidrager til at afdække funktionsnedsættelser og patientens ønsker til kommunal hjælp og giver information om kommunens tilbud, så der sikres en klar forventningsafstemning og bedre dialog
- Mulighed for direkte dialog med sygehuspersonalet og patienter/pårørende gør det nemmere at vurdere og opnå enighed om behovet for fx øget hjælp i hjemmet, hjælpemidler og rehabilitering

Forudsætninger for implementering

- Kan være særlig relevant, når der er få optag kommuner til det pågældende hospital, så der sikres en vis patientvolume for den pågældende kommune
- Kan være sygeplejerske, SOSU-assistent eller terapeut
- Den medicinske afdeling kan dog ikke implementere initiativet selv og kan derfor være vanskeligere



Fokus på de næste sider

Kombineret løsning: For fuld effekt indføres både udskrivningskoordinator og kommunale visitatorer

Om tilgangen

- Der indføres både udskrivningskoordinator og kommunale visitatorer for optimal effekt
- Der sikres bedre overgange ved, at den interne udskrivningskoordinator kan løse afdelingens opgaver relateret til udskrivning, mens kommunal visitator løser kommunale opgaver og koordinerer med det kommunale bagland
- Der sikres et bedre kendskab til den anden sektors praksis omkring udskrivelse. Dermed reduceres misforståelser samt manglende og utilstrækkelig dialog
- Der opnås en mere effektiv dialog ved, at der er kontinuitet i personale, som varetager opgave på tværs af sektorer
- Skaber bedre forudsætninger for et tværasektorielt forbedringsarbejde om at identificere tiltag for bedre overgange

Forudsætninger for implementering

- Det er en forudsætning, at der indgås klare aftaler for samarbejdet mellem sygehus og kommune



III. Implementering

Tværasektorielt samarbejde om udskrivningsproces bidrager til bedre patientforløb og en mere effektiv udskrivningsproces



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Der skal være en vis patient-volume** for, at kommunale medarbejdere kan arbejde effektivt. Det kan være svært i tilfælde med hospitaler, hvor der er mange samarbejdskommuner. Omvendt er fordelene større ved en udskrivningskoordinator ved mange samarbejdskommuner, da det tager mere tid at koordinere, idet det eksempelvis kræver, at plejepersonalet har styr på flere forskellige samarbejdsaftaler
- **Det kan være vanskeligt at opnå fysisk tilstedeværelse af kommunale medarbejdere**, idet kommuner kan opleve en risiko for, at visitatorer er mere tilbøjelige til at gå ind og varetage hospitalsopgaver. Eksempelvis peges på, at hospitalspersonale i nogle tilfælde kan anvende udskrivningskoordinatorene som advisering af udskrivelse uden, at der er sendt en plejeforløbsplan. Dette skaber udfordringer i kommunalt regi



Hvordan barrieren adresseres

- ✓ For at muliggøre implementering af initiativet samtidig med, at kommunale medarbejders tid udnyttes effektivt, kan kommunale medarbejders tilstedeværelse skaleres efter patient-volumen. Eksempelvis ved at kommunale visitatorer er tilstede om formiddagen, ift. at planlægge udskrivninger til samme dag, eller om eftermiddagen, ift. udskrivninger til den efterfølgende dag. Dette vil kræve, at hospitalspersonalet så vidt muligt planlægger omkring dette
- ✓ Det er afgørende, at der sikres en klar arbejdsdeling fra start, og at dette kommunikeres klart til alle involverede medarbejdere. Ligeledes skal sikres et løbende fokus på, at den aftalte arbejdsdeling også overholdes i praksis og at det adresseres på tværasektorielt ledelsesniveau, hvis der sker forskydninger af opgaver

Andre opmærksomhedspunkter

Vanskeligt at bevare tilknytning til kommunal arbejdsplads: Kommunale medarbejdere på hospitalet kan opleve vanskeligheder med at bevare tilknytning til den kommunale arbejdsplads og dermed reduceres udbyttet af initiativet. Det kræver en særlig opmærksomhed blandt kommunale medarbejdere med daglig gang på hospitalet at holde sig opdateret om serviceniveauet mv.



V. Effekt

Estimeret kapacitetsforbedring

Primære kapacitetseffekt

- **Kortere indlæggelsestid** via et mere effektivt samarbejde om udskrivningsprocessen, som sikrer tidlig varslings, således at kommunen fx kan påbegynde fremskaffelsen af hjælpemidler
- **Frigiver personaletid** ved at reducere tid brugt på skriftlig og telefonisk koordinering ifm. udskrivelser
 - Dette skyldes for det første, at der opnås et bedre kendskab til den anden sektors praksis.
 - For det andet opleves nuværende elektronisk kommunikation utilstrækkelig og fører til misforståelser
 - For det tredje reduceres tid brugt på uenigheder i vurdering af patientens behov

Sekundær kapacitetseffekt

- **Færre genindlæggelser**, idet patienter ikke indlægges unødigt på grund af utilstrækkelig overlevering af habitualtilstand og patientens behov efter udskrivelse

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- **Effekt mål:** Sengedøgn for ældre medicinske patienter
- **Estimeret gennemsnitlig effekt på case-afdelinger uden udbredelse (bruttoeffekt): 9%**
- **Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 1,3-5,4 sengedøgn for ældre medicinske patienter/uge**
- **Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Lav (30%)**

Kvalitativ effekt for patient og personale

- Patienter oplever en større sammenhæng i patientforløb og sikres den nødvendige indsats ift. fx pleje og rehabilitering efter udskrivning
- Bedre vejledning og inddragelse af patient og pårørende i forhold til at sikre den rette kommunale indsats



Man undgår miskommunikation mellem sygehus og kommune. Initiativet har medvirket færre opgør og konflikter vedr. hvem der har ansvar med kommunen. Samarbejdet med kommunen er blevet ti gange bedre

- Sygeplejerske



Bedre samarbejde ville lede til tidligere udskrivelser. Bedre samarbejde ville frigive personaletid brugt på telefonsamtaler

- Læge



For at det skal give mening, skal det være en meget kompleks udskrivelse - vi har tidligere gjort det, men der er ikke ressourcer til det i kommunerne længere

- Afdelingssygeplejerske



Det er den samlede tværasektorielle samarbejde, hvor der er virkelig meget at hente. Og der må være noget lavhængende frugt. Det er helt uhørt, at det er så svært at få fat på visitatorer efter kl. 10. Det er også et problem at de ringer ind, i stedet for at læse det vi har sendt dem.

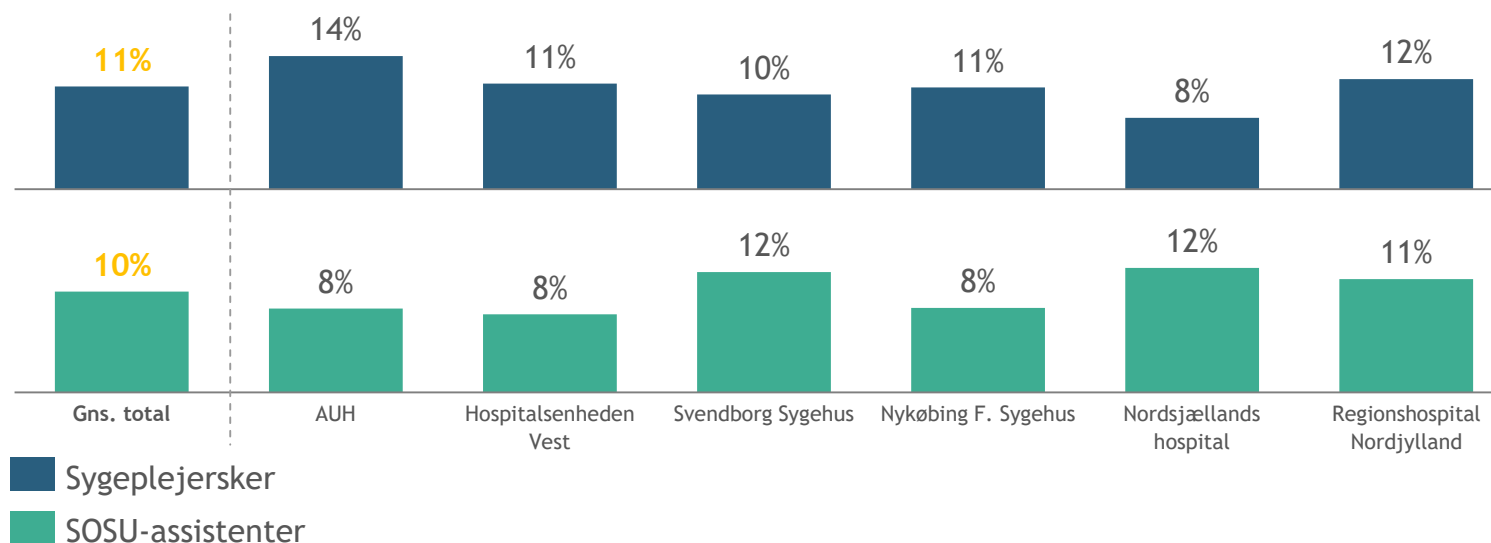
- Afdelingssygeplejerske

Udskrivinger driver meget dokumentation og koordineringsarbejde for plejepersonalet

Flere initiativer kan bidrage til at nedbringe tid brugt på dokumentation og koordinering ifm. udskrivinger

- På flere afdelinger er det blevet fremhævet, at udskrivinger driver meget dokumentation samt koordinering med primærsektoren
- Dette afspejler sig også i tidsstudiet, hvor det fremgår, at plejepersonalet i gennemsnit bruger ~9-12% af deres tid på opgaver dokumentation og koordinering relateret til udskrivelser
- Tid brugt på koordinering kan nedbringes via et mere effektivt samarbejde med primærsektoren iht. **initiativ 18** ved fx at mindske telefонтiden brugt på at drøfte udskrivelser med kommunen
- Tid brugt på at dokumentere udskrivelser kan potentielt nedbringes ved mere faste retningslinjer og arbejdsgange ift. udskrivelser. Eksempelvis kan det være effektivt med mere klare retningslinjer for, hvad der er brugbart og nødvendigt at dokumentere i tråd med **initiativ 14**

Andel tid brugt på opgaver relateret til udskrivinger^{1 2}



- 1) Indeholder delopgaverne: møder med primærsektoren, skriftlige kommunikation med primærsektoren, telefonisk kommunikation med primærsektoren, udarbejdelse af plejeforløbsplaner, udskrivningskonferencer/ hjemmeplejekonferencer, dokumentation samt praktiske opgaver ifm. udskrivning
- 2) Baseret på input fra klinikere, er det antaget at 50% af dokumentation vedrører udskrivinger samt, at 90% af koordineringen med primærsektoren omhandler udskrivinger

19

Samarbejde om opkvalificering af sundhedspersonale i kommuner

Samarbejde om opkvalificering af sundhedspersonale i kommuner

Observeret hos bl.a. Hospitalsenheden Vest¹; Svendborg Sygehus²; Nykøbing Falster Sygehus³ og Regionshospital Nordjylland



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 1: Patienter, der kunne behandles i primærsektoren, indlægges. Kommunale medarbejdere har ikke de nødvendige redskaber og kompetencer til at håndtere akutte forværringer i patientens tilstand eller behandling såsom IV-antibiotika eller pleuradræn patienter, som kan varetages udenfor hospitalet.

Udfordring 9: U hensigtsmæssige genindlæggelser fra primærsektor. Patienten genindlægges pga. en manglende opfølgning i primærsektoren bl.a. som følge af en mangelfuld kommunikation, fx om patientens nye tilstand. Derudover kan genindlæggelser være et resultat af, at sundhedspersonalet i kommunerne ikke har de rette kompetencer til at håndtere patientens behov og derfor føler sig nødsaget til at indlægge patienten.



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Hospitalet tilbyder kommunale sygeplejersker og almen praksis m.fl. at deltage i kurser, temadage, gå-hjem møder o.l. aktiviteter
- Kompetenceudviklingen målrettes i starten bredt, men efterhånden som niveauet løftes, kan hospitalet prioritere en indsats over for kommunale nøglepersoner
- Samarbejde om opkvalificering og bedre tværsektorielle overgange kan yderligere understøttes af rotationsordninger og praktikophold
- Initiativet aftales og koordineres tværsektorielt på ledelsesniveau

Investeringer og løbende omkostninger:

- Kompetenceudvikling trækker personaleressourcer i begrænset omfang til planlægning (administration) og undervisning (klinikere)

Tidshorisont

- Såfremt der indgås samarbejdsaftaler på ledelsesniveau kan initiativet implementeres indenfor en kort tidshorisont, men den fulde effekt vil først realiseres over en årrække



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Sygehus tager aktiv del i at opkvalificere sundhedspersonale i kommuner, fx ved at tilbyde deltagelse i kompetenceudviklende tiltag for sygehusets egne medarbejdere

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Opkvalificering muliggør, at sundhedspersonale i kommuner kan varetage opgaver, som ellers ville være blevet udført på sygehuset under en indlæggelse
- Bidrager derudover til en reduktion i genindlæggelser bl.a. via bedre sammenhænge



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Kommuner kan have en begrænset økonomisk interesse i at overtage opgaver**, hvorfor opkvalificering med dette sigte ikke nødvendigvis er en prioritet
- **Det kræver en ledelsesmæssig prioritering** at frigive sygehuspersonalets ressourcer til at forberede og afholde kurser, såfremt det ikke sker ved deltagelse i eksisterende aktiviteter
- **Såfremt deltagelse er frivillig og udenfor arbejdstid, kan det være vanskeligere at sikre deltagelse** af kommunale medarbejdere

Andre opmærksomhedspunkter

- Indsatsen skal opleves som en klar gevinst for både hospital og kommune - behov for løbende tværsektoriel ledelsesopfølgning



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- **Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling:** 0,8-2,1 indlæggelser af kroniske patienter per uge¹
- **Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågående initiativ:** Lav/mellem (~40%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Udvalgte patienter kan udskrives tidligere, såfremt kommunen fx bliver i stand til at varetage IV-antibiotika, pleuradræn mv.

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

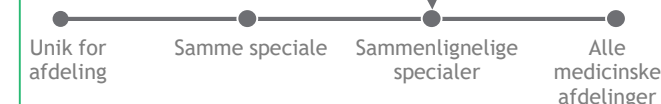
- Patienterne vil opleve større tryghed og et mere sammenhængende forløb
- Opkvalificering kan betyde, at forværring og tilbagefald undgås og dermed reduceres belastende akutte indlæggelser for patienten
- Styrker samarbejde på tværs af sektorer



Vi kan godt mærke, at man i kommunerne kunne have gavn af en opkvalificering af nøglepersoner. Så der er noget at hente.

- Afdelingssygeplejerske

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1. Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd) 1. Lene Møller (sygeplejerske med specialfunktion) og Pernille Nielsen (kvalitetskoordinator); 2. Søren Jacobsen (ledende overlæge); 3. Rikke Ulka (udviklingsygeplejerske og projektleder for kompetenceudvikling) og Rikke Steener Olsen (ledende oversygeplejerske)



III. Implementering

Opkvalificering af sundhedspersonale i kommuner muliggør øget behandling i hjemmet og bedre tværsektorielt samarbejde

Inden implementering af initiativ

Beslutninger der skal tages inden implementering

- **Kommune** og **sygehus** fastsætter i fællesskab emner for kompetenceudvikling pba. en vurdering af det konkrete behov og effekt
- **Kommune** og **sygehus** beslutter den konkrete finansieringsmodel for afholdelse af omkostninger forbundet med kurser
- Relevante undervisere fra afdelinger identificeres og får ansvar for forberedelse af materiale og afholdelse af undervisning. Det kan være **kliniske sygeplejespecialister** eller **udviklingssygeplejersker**, som med fordel kan trække på andre kompetencer på afdelingen (f.eks. **læger** eller **terapeuter**) ift. input og/eller afholdelse af undervisning
- Planlægning varetages så vidt muligt af **administrativt personale** for at reducere ressourcetrækket på klinikere. Der kan med fordel nedsættes en planlægningsgruppe
- **Afdelingsledelser** og **kommunale ledere** har en opgave i at kommunikere formål og målsætningen med kurser



Praktisk udformning af kompetenceudviklende tiltag

Modeller for kompetenceudvikling

- Kompetenceudvikling af **kommunalt personale** kan med fordel indtænkes i den interne kompetenceudvikling på sygehuset, således at kommunale medarbejdere inviteres til temadage/ -aftener, kurser og gå-hjem møder
- Temadage og lignende kan tage udgangspunkt i input fra **kommunale medarbejdere** samt **afdelingsledelser** baseret på, hvad der opleves særligt relevant at adressere for at sikre et effektivt samarbejde og sammenhængende overgange for patienten
- Temadage og lignende kan gå begge veje med oplæg af både sygehus og kommunale repræsentanter for at opnå tværsektoriel vidensdeling
- **Praktiserende læger** kan tilbydes praktikophold på hospitalsafdeling for at sikre vidensdeling og opkvalificering. Samtidig understøttes en større forståelse for arbejds gange på tværs

Eksempler på forskellige modeller

- **Fokuseret indsats målrettet bestemte patientgrupper:**
 - **Geriatrici:** undervisning i pleje og behandling samt tidlig opsporing vha. "frailty scales", for bl.a. hjemmesygeplejersker. Efter undervisningen opleves øget dialog med hjemmesygeplejersker om individuelle borgere (*Svendborg Sygehus*)
 - **Dialyse:** Hjemmesygeplejersker kommer ind på afdelingen til oplæring (*Nykøbing Falster Sygehus*)
- **"Ledelse på tværs":** Funktionsledere fra kommuner og sygehus (Afdelingssygeplejersker og -læger) sættes i grupper og besøger hinandens arbejdspladser for at få en bedre forståelse af den anden parts situation (*AUH*)
- **Fælles løsninger:** Den fælles akutmodtagelse hjælper med rekruttering og uddannelse af kommunale sygeplejersker, som indgår i det fælles akutteam (*OUH*)

Forslag til emner for kompetenceudvikling

- Afdærforsstyrrelser hos demensramte patienter
- Opdatering om diabetes patienter
- Enteral og parenteral ernæring
- Geriatrici og delir
- Praksisrelevant kardiologi
- Svær KOL og iltbehandling
- Pleuradræn
- IV-antibiotika behandling
- Dialysepatienter

Tidshorisont

Såfremt der indgås klare samarbejdsaftaler på ledelsesniveau kan initiativet implementeres indenfor en kort tidshorisont, men den fulde effekt vil først realiseres over en længere periode. Tidshorisonten vil også afhænge af, hvor intensivt kompetenceforløbet er

Investeringer

Løbende omkostninger: Omkostninger i form af personaletid til planlægning (administration) og forberedelse samt undervisning (sygeplejerske og/eller læger). Kommuner vil desuden have omkostninger til personale, som skal frigives til kursusafholdelse

Yderligere baggrundsmateriale

- Sygehus Lillebælt: "projekt fælles skolebænk 2019"

20

Sikker overgang til eget hjem for
udskrevet patient

Sikker overgang til eget hjem for udskrevet patient

Observeret hos bl.a. Nordsjællands Hospital¹; Hospitalsenheden Vest²; Bispebjerg og Frederiksberg Hospital; Rigshospitalet;



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 7 - Udfordring omkring udskrivelser fører til u hensigtsmæssige sengedøgn: Der kan forekomme uhensigtsmæssige ekstra indlæggelsestimer eller -døgn som følge af, at afdelinger må afvente koordinering med kommune for derved at sikre, at der er den rette opfølgning på patient efter udskrivelse

Udfordring 9 - Unødvendige genindlæggelser fra primærsektor: Pga. manglende sammenhæng i sektorovergange genindlægges patienter, som ikke har været i stand til at klare sig i eget hjem. I nogle tilfælde kan dette skyldes en utilstrækkelig opfølgning på patienten efter udskrivelse, eller at der ikke har været en tilstrækkelig overlevering/koordinering om patientens tilstand og behov



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- **Følge-hjem:** Ved udskrivelse af plejekrævende patient, evt. med kognitive forstyrrelser, nedsat funktionsniveau eller svagt socialt netværk, følger sygeplejerske patienten hjem og gennemgår i samarbejde med kommunale medarbejdere og evt. pårørende borgerens situation og behov. Kan supplere udskrivningskonferencer
- **Følge-op:** Baseret på sygehuspersonalets vurdering af patientens behov gennemføres en systematisk opfølgning efter udskrivelse ved opkald, hjemmebesøg eller virtuel løsning såsom videokonsultation. Ansvar for opfølgningen kan enten ligge hos patientens egen læge, kommunalt sundhedspersonale eller hospitalsafdelingen

Investeringer

- Følge-hjem ordning er tidskrævende for sygehuspersonalet. Det vurderes, at et team kan nå 1-2 besøg per dag

Tidshorisont

- Fuld effekt har en lang tidshorisont pga. tværsektoriel afhængighed



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Måltrettet indsats mod at gøre overgangen fra hospital til eget hjem tryk for udskrevne patienter. Dette kan ske i forskellige udformninger, som overordnet kan opdeles i følge-hjem og/eller følge-op ordning

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Initiativet muliggør, at patienten kan udskrives tidligere, idet der opnås sikkerhed om, at der følges op på patienten, og der ikke i samme grad skal afventes koordinering med kommunalt sundhedspersonale



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Vanskeligt at frigive sygehuspersonale til indsats**, hvorfor det er centralt at afgrænse indsatsen til en klart defineret målgruppe
- **Manglende kapacitet i primærsektoren** kan vanskeliggøre kommunal engagement i den opfølgende indsats
- **Eksisterende tværsektoriel silo-tænkning** er vanskelig at ændre

Andre opmærksomhedspunkter

- Kan implementeres i forskellige udformninger, men for størst effekt kræves klare samarbejdsaftaler med kommune og almen praksis. Af denne grund er det vanskeligere for afdelinger at drive selvstændigt
- I områder med store geografiske afstande, såsom udkantskommuner, kan følge-hjem ordninger være uforholdsmæssigt tidskrævende



V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 8,3-12 sengedøgn for ældre medicinske patienter per uge
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågående initiativ: Lav/mellem (~40%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Bedre sammenhæng i overgange kan reducere uhensigtsmæssige genindlæggelser
- Aftale om opfølgning hos egen læge kan spare ambulatoriebesøg

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

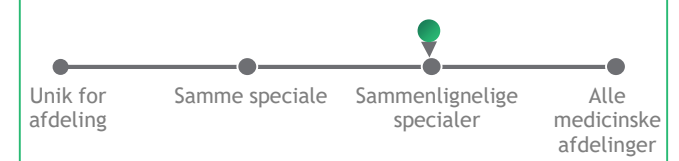
- Større tryghed for patient og pårørende
- Følge-hjem sikrer bedre overlevering til kommune og kan reducere usikkerheder om patientens tilstand og behov for det kommunale sundhedspersonale



Indlæggelsestid bliver forlænget, fordi vi vil være sikre på at have behandlet 100% før udskrivning pga. manglende sikkerhedsnet udenfor sygehuset. Så der er et potentiale

- Ledende overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger





III. Implementering

Sikker overgang til eget hjem sikrer, at overgangen bliver mere sammenhængende og tryk for patienten

Fokus er på følge-hjem og følge-op indsatser, som kan drives af hospitalsafdelingen

Følge-hjem ordning

Følge-hjem team fra hospitalet

- **Følge-hjem teamet** kan bestå af en eller to **sygeplejersker** og evt. en **terapeut**
- **Følge-hjem teamet** foretager en sygeplejefaglig screening og vurdering af patienter på afdelingen ift. behov for følge-hjem
- Indsatsen kan være i form af et besøg indenfor 24 timer efter udskrivelsen, eller ved at **følge-hjem teamet** ledsager patienten under transporten til hjemmet, og til borgeren er kommet på plads i eget hjem (fx AUH og Region Hovedstaden)
- Under forløbet kan **følge-hjem teamet** gennemgå medicin, funktionsniveau efter udskrivelse, behov for midlertidige hjælpe-midler, behov for støtte til mad og drikke, tiltag til forebyggelse af fald og medgivne dokumenter mv. Ved behov for yderligere hjælpe-foranstaltninger tages kontakt til egen læge og/eller hjemmepleje
- Såfremt **følge-hjem team** identificerer nye problemstillinger ved besøget i hjemmet kommunikerer dette til almen praksis og kommune
- Følge-hjem besøg kan planlægges i samarbejde med **kommunal visitator** allerede under indlæggelsen
- **Følge-hjem teamet** orienterer almen praksis, kommunalt sundhedspersonale og andre relevante parter om planlagt følge-hjem tilbud for at koordinere indsatser

Forslag til målgruppe:

Eldre medicinske patienter, der opfylder to af følgende karakteristika:

- Flere samtidige medicinske sygdomme
- En kompleks social situation med skrøbeligt netværk
- Fald i hjemmet eller faldende funktionsniveau
- Overvejelser ift. hjemlig situation, fx hjælpemidler, vurdering af funktionsevne
- Utryghed eller bekymring hos patienten

Følge-op ordninger

Niveau 1: Opfølgning ved primærsektor

- I forbindelse med udskrivelsen kommunikerer **hospitalsafdelingen** til almen praktiserende læge, at patienten har behov for opfølgning i almen praksis eller ved hjemmebesøg
- **Hospitalsafdelingen** anvender rød, gul eller grøn markering i henhold til OK-18 aftalen
- For at sikre at opfølgning finder sted, kan **hospitalsafdelingen** overlevere telefonisk til **praktiserende læge**
- **Praktiserende læge** eller **praktisepersonale** kan foretage hjemmebesøg og kan i denne forbindelse involvere kommunen (*der er fx gode erfaringer med opfølgende hjemmebesøg i Hospitalsenheden Vest*)
- **Kommunale akutsygeplejersker** kan også selvstændigt varetage opfølgende besøg i borgerens hjem

Niveau 2: Opfølgning ved opkald eller video fra hospitalsafdeling

- **Læge** eller **sygeplejerske** på hospitalet kan ringe patienten op for at følge op på udskrivelsen
- Samtalen kan omhandle patientens tilstand, men kan også være med fokus på at berolige patienten og gennemgå et evt. videre forløb
- Den opfølgende samtale kan understøttes med videokonsultation (tele-hjem ordning) og evt. med deltagelse af **kommunalt sundhedspersonale**
- Tele-hjem ordning kan have fokus på mobilitet, kost, medicin og sygehusets vurdering af behovet for kommunale ydelser
- Tilbud om telefonkontakt beror på vurdering af patientens tilstand og patientgruppen. Fx kan det være uhensigtsmæssigt for ældre patienter uden involvering af pårørende
- På **geriatrisk afd.** i Svendborg er opfølgende opkald primært målrettet **pårørende**
- På **geriatrisk afdeling i Hjørring** ringes især op til patienter uden fast/stabil praktiserende læge

Niveau 3: Opfølgning ved hjemmebesøg fra udgående teams

- I særlige tilfælde kan foretages akutte hjemmebesøg for komplekse patientgrupper (fx kognitive forstyrrelser, sociale forhold mv.)
- Dette kan fx være ved **udgående geriatriske teams**
- På **Nordsjællands Hospital** tilbyder **sygeplejersker** hjemmebesøg til alvorligt syge KOL-patienter (*som led i projekt CAPTAIN*)

Forslag til indhold i opfølgende besøg baseret på DSAM vejledning:

- Afhængigt af behov og situationen kan **læge, hjemmesygeplejerske og pårørende** være tilstede
- Der foretages en gennemgang af planen i epikrisen inkl. medicinændringer og opfølgingsbehov
- Generel helbreds-vurdering inkl. funktionsevne
- Vurdering af behov for personlig snak og praktisk hjælp
- Medicin-gennemgang inklusiv gennemgang af medicinskab
- Fremadrettet plan inklusiv ansvarsfordeling

Tidshorisont

Tidshorisonten vil afhænge af udformningen (følge-hjem + følge-op niveau 1-3). Generelt vurderes en udformning, som kræver koordinering med primærsektoren at have en længere tidshorisont, da dette ikke kan drives selvstændigt af afdelingen. Omvendt vil denne type udformning have højere effekt

Investeringer

Investering: kan være behov for investeringer i transport-midler. **Løbende omkostninger:** ved hjemmebesøg kræves minimum ét sygeplejeårsværk samt omkostninger til transport (Sygehus Lillebælt har estimeret dette til ~460.000 årligt, hvoraf 66.000 er til transport ved 12 ture/uge x gns. 30 km. X 3,53 kr.). Fokuseret opfølgende opkald kræver begrænsede ressourcer

Yderligere baggrundsmateriale

- VIVE (2016): Følge hjem- og ringe hjem-ordningerne i Region H
- DSAM Vejledning: Den gode udskrivning
- Bispebjerg og Frederiksberg Hospital: FAKTA OM - Følge-hjem
- Sygehus Lillebælt: projektbeskrivelse
- Region Sjælland (2016): Afslutningsrapport Følge-hjem ordningen

3.2. Beskrivelse af initiativer udenfor den medicinske afdeling

Udover ovenstående 20 initiativer, er identificeret tre bedste praksis initiativer, som i mindre grad kan drives selvstændigt af medicinske afdelinger. Dette er initiativer, som i særligt grad forudsætter et samspil med primærsektoren for at kunne realisere den fulde kapacitetsoptimering. Det vurderes, at alle tre initiativer kan have stor betydning for kapacitetsanvendelsen på medicinske afdelinger, idet de reducerer indlæggelser og sengedøgn. Fælles for initiativerne er, at de involverer en høj grad af tværsektorielt samarbejde og fokuserer på at flytte hospitalsfunktioner fra sygehuset til patientens hjem. Initiativerne er beskrevet med medicinske afdelingers perspektiv for øje. Dette indebærer, at hovedfokus er på elementer, som medicinske afdelinger kan drive. Ligeledes er implementering og barrierer beskrevet med vægt på sygehusvæsenets perspektiv.

Bedring af borgerens habitualtilstand

Initiativer som forudsætter samspil med primærsektoren:

21. Øget behandling i hjemmet
22. Udgående diagnostiske funktioner
23. Særlig fokus på patienter med gentagne udeblivelser



21

Øget behandling i hjemmet

Øget behandling i hjemmet

Observeret hos bl.a. Herlev-Gentofte Hospital¹; OUH og Odense Kommune²; Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg³ og Esbjerg Kommune; Hospitalsenhed Midt (Horsens og Viborg)



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 1 - Patienter, der kunne behandles i hjemmet, indlægges. Patienter optager sengepladser på hospitalet, selvom de er udredt og har fået igangsat en type behandling, som kan overgå til behandling i hjemmet. Dette gælder patienter, som ikke kræver konstant observation og som modtager en type af behandling, som kan varetages af den kommunale pleje. Eksempelvis ved pneumoni, urinvejsinfektion og langvarig IV-antibiotikabehandling

Udfordring 4 - Patienter, der kunne overgå til ambulantly behandling, forbliver indlagt. Patienter bliver indlagt i længere tid end nødvendigt. Selvom patienten ikke er færdigbehandlet, kan nogle patienter udskrives og modtage behandling i hjemmet eller ved ambulantly kontrol



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Hospitalet udreder patienten, udarbejder behandlingsplan og igangsætter behandling. Muligheden for behandling i hjemmet drøftes med patient og pårørende samt kommunen efter behov
- Hospitalet vurderer, at behandling i hjemmet er muligt ud fra hensyn til kvalitet og patientsikkerhed, dernæst planlægges relevant opfølgning og et evt. kommunalt akutteam orienteres ved behov
- Implementeringen kan fremmes med en tværsektoriel udmøntningsaftale, som regulerer adgangen til medicin i hjemmet, kommunikationsveje, procedure for overgang til egen læge m.v.

Investeringer

- Hospitalet kan have mindre investeringsomkostninger i udstyr til hjemmebehandling, men omkostninger bæres primært af kommuner

Tidshorisont

- Initiativet kan iværksættes under forudsætning af klare samarbejdsaftaler, samt at kommunal pleje har de nødvendige kompetencer



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Når patienten er udredt, og der foreligger en behandlingsplan, overgår relevante patienter til videre behandling i hjemmet, eventuelt med bistand fra afdelingens udgående team eller et kommunalt akutteam

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Behandling i hjemmet frigør senge døgn på medicinske afdelinger, idet de pågældende patienter kan udskrives tidligere



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Kommuner har et begrænset økonomisk incitament** til at varetage behandling i hjemmet, da besparelsen primært ligger hos hospitalet, mens investeringsomkostningerne pålægges kommunen
- **Manglende indsigt blandt læger** om kvalitet og kompetencer hos kommunale sundhedspersoner kan begrænse delegation

Andre opmærksomhedspunkter

- Det er afgørende, at der etableres en klar arbejds- og ansvarsfordeling ved overdragelse af behandlingsansvar fra hospitalslæge til praktiserende læge, når patienten ikke opholder sig fysisk på hospitalet
- Udmøntes oftest i sammenhæng med kommunalt akutteam



V. Effekt

Overordnet kapacitetspotentiale

- Færre senge døgn for ældre medicinske patienter

Sekundær effekt på kapacitet

- Forebyggelse af indlæggelse af svage ældre
- Kan reducere genindlæggelser gennem en styrket kvalitet i sektorovergange samt en mere systematisk opfølgning

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

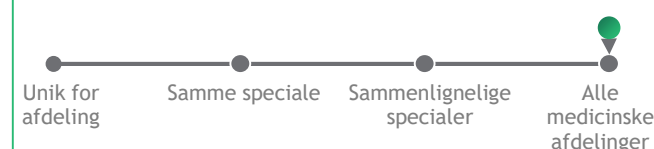
- Øger patienttilfredshed
- Patienter har et mindre funktionsevnetab sammenlignet med indlagte patienter pga. naturlig hverdagsrehabilitering i eget hjem
- Styrker tværsektorielt samarbejde



Der er en del potentiale i at behandle patienten i hjemmet ved fx IV-behandling

- Sygeplejerske

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger





III. Implementering

Øget behandling i hjemmet forudsætter et velfungerende tværsektorielt samarbejde og klare aftaler

Inden implementering af initiativ

- **Afdeling** etablerer klare guidelines for hvilke patientgrupper, der er relevante at behandle i hjemmet
- Det vurderes indledningsvist, om der er behov for opkvalificering af **kommunalt personale** for implementering af initiativet
- Udmøntes ved, at **hospital/region** og **kommune** indgår samarbejdsaftaler, som bl.a. specificerer arbejdsdeling, principper for kommunikation, adgang til information og rådgivning fra specialafdeling, samt hvornår i patientforløbet og hvorledes behandlingsansvar overdrages



Hospitalet overdrager patientforløb

- **Afdeling** udreder patienten, udarbejder behandlingsplan og vurderer muligheden for at lade behandling foregå i hjemmet
- **Læge** eller **sygeplejerske** afholder patientsamtaler og tilbyder relevante patienter at modtage behandling i eget hjem, jf. vedtagne interne procedurer og samarbejdsaftaler
- **Afdeling** sikrer en hurtig og let adgang til **behandlingsansvarlig læge** for patienter i eget hjem
- **Sygeplejerske** pakker medicin mv. og gør klar til de første dage

Aktører i primærsektoren overtager ansvar

- **Akutsygeplejersker** eller andre fra akutteam vurderer forholdene i hjemmet forud for, at patienten hemsendes
- Eventuelt udstyr til behandling i hjemmet installeres og **patient** og/eller **pårørende** instrueres af **akutsygeplejerske** i anvendelsen heraf, når dette er relevant
- **Praktiserende læge** orienteres om hjemsendelsen og har mulighed for at bidrage med laboratorieanalyser og opfølgende hjemmebesøg
- **Praktiserende læge** modtager epikrise
- **Sundhedshuse** og **plejecentre** kan på sigt udgøre lokalt depot for medicin, utensilier og mobilt diagnostisk udstyr

Øvrige tiltag som understøtter initiativet

- **Hospitalet** kan samarbejde tæt med kommunale akutsygeplejersker (**OUH**), understøtte deres funktion og bidrage med instruktion og kompetenceudvikling
- **Kommunale akutteams** kan have kontor og daglig gang på hospitalet, hvilket styrker relationer og viden om hinandens tilbud (*Odense*)
- **Akutteamet** kan sikre en god tilgængelighed for samarbejdspartnere (fx *specialiseret hjemmesygeplejeteam Herlev, Ballerup og Furesø kommune*)
- **Hospitalet** kan medvirke til at etablere et fælles akutteam i samarbejde med kommune, hvor medarbejderne arbejder i begge sektorer (*Sydvestjysk Sygehus og Esbjerg Kommune*)
- **Hospitalet** kan etablere udgående teams, der kan følge patienter hjem og mødes med kommunalt sundhedspersonale i borgerens eget hjem (*Geriatrisk team på Regionshospital Nordjylland*)
- Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale [initiativ 19] kan være med til at muliggøre initiativets udmøntning

Tidshorisont

Initiativet kan implementeres, når der er etableret kommunale akutfunktioner eller lignende og klare aftaler om finansiering og behandlingsansvar. Dette estimeres at have en 1-2 årig tidshorisont

Investeringer

- **Initial investering:** Hospitalets investering er minimal
- **Løbende omkostninger:** Der kan være indledende investeringer for kommunen, men på sigt vurderes indsatsen at være omkostningsneutral

Yderligere baggrundsmateriale

- www.shsteam.dk - Specialiseret hjemmesygeplejeteam
- Region Syddanmark: Samarbejdsaftale med 22 kommuner om IV-behandling med antibiotika
- VIVE 2019: Akutfunktion Esbjerg Kommune - Evaluering af tværsektoriel akutfunktion

22

Udgående diagnostiske funktioner

Udgående diagnostiske funktioner

Observeret hos bl.a. Svendborg Sygehus¹; Kolding Sygehus²; Regionshospital Horsens³; AUH og Køge Sygehus



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 1 - Patienter, der kunne behandles i primærsektor, indlægges. Indlæggelse er særligt belastende for svage ældre. Det forekommer, at patienter indlægges, selvom det ikke er nødvendigt, idet patienten ikke har akut behandlingsbehov og i stedet kunne modtage den nødvendige udredning og behandling i hjemmet

Udfordring 9 - U hensigtsmæssige genindlæggelser fra primærsektor. Patienter genindlægges, selvom de er udredt eller ikke har akut behandlingsbehov. Usikkerhed og utilstrækkelige kompetencer hos personale i primærsektoren kan resultere i forebyggelige indlæggelser ved forværring i patientens tilstand. Risikoen er særligt stor for meget dårlige patienter eller patienter med nedsat kognitiv funktion



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Udgående blodprøvetagning og EKG fra hospitalsfunktioner foregår ved, at en kørende bioanalytiker indsamler prøver og foretager analyser i hjemmet. Prøverne analyseres på hospitalet
- Nogle patienters behandlingsbehov kan herefter dækkes af primærsektoren, såsom medicin i tabletform eller tilførsel af væske
- Med det udvidede tilbud om mobillaboratorium kan prøverne analyseres på stedet i tilfælde med mere akutte behandlingsbehov
- Nogle afdelinger anvender mobilt røntgen til svage, sengeliggende ældre fx ved mistanke om hoftebrud eller lungebetændelse

Investeringer

- Blodprøvetagning og EKG kræver, at der ansættes medarbejdere til udgående funktioner samt transportmidler. Mobilt røntgen forudsætter investering i mobilt udstyr med høj billedkvalitet

Tidshorisont

- Initiativet kan gennemføres, når de nødvendige ressourcer er prioriteret til formålet, og udstyret er indkøbt (1-2 år)



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Som alternativ til udredning på hospitalet foretages diagnostiske undersøgelser i patientens hjem. Herefter kan der træffes en mere kvalificeret beslutning om, hvorvidt der er behov for henholdsvis en indlæggelse, henvisning til subakut tilbud eller iværksættelse af behandling i hjemmet

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Potentiale for at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Vanskeligt at rekruttere bioanalytikere.** På trods af, at der ikke er mangel på bioanalytikere¹, kan det opleves vanskeligt at tiltrække denne personalegruppe, da de også kan opnå ansættelse i industrien
- **Høje investeringsomk.** forudsætter ledelsesmæssig prioritering
- **Risici for ineffektiv anvendelse af personaletid.** Initiativet skal derfor målrettes fx komplekse eller socialt belastede patienter mv.

Andre opmærksomhedspunkter

- Geografiske afstande udgør et dilemma, idet værdien for patienten stiger ved store afstande, mens tidsforbruget for hospitalet forøges. I tyndtbefolkede områder er det således særligt relevant at overveje alternativer baseret på sundhedshuse og aftaler med almen praksis



V. Effekt

Overordnet kapacitetspotentiale

- Kan reducere antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser

Sekundær effekt på kapacitet

- Potentiale for at begrænse akut indlæggelse af nogle af de mest plejkrævende svage ældre til de strengt nødvendige indlæggelser
- Overordnet reduceret behandlingsbehov som følge af proaktiv, tidlig og forebyggende indsats

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

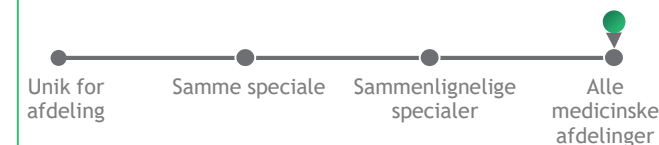
- Understøtter udmøntning af initiativ 21 - øget behandling i hjemmet, særligt for svage og sengeliggende patienter, da patient kan blive i eget hjem
- Øget tryghed for patienter
- Erfaringer viser, at initiativet øger patient-, pårørende-, og medarbejdertilfredshed



Der måles CAP og SAT i hjemmet af det udgående team, og det giver en tryghed, at personalet kan love at komme ingen inden for 2 timer

- Overlæge

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



1) Jf. Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering: Arbejdsmarkedsbalancen

1. Søren Jacobsen (ledende overlæge); 2. Pica Andersen (ledende overradiograf); 3. Tina Arentzen Bjerre, tinbjerr@rm.dk (ledende bioanalytiker).

Note: I hospitalsenheden Horsens benævnes initiativet 'Mobil bioanalytikerordning'



III. Implementering

Udgående diagnostik gør det muligt at udrede patienten i eget hjem og forebygge uheldsmæssige indlæggelser - kan udføres i forskellige niveauer

Overvejelser inden implementering angående målgruppe

- Diagnostik i eget hjem er særligt relevant for svage ældre, som er mindre mobile
- Eksempelvis beboere på plejehjem og lignende botilbud samt patienter på geriatrisk afdeling



Niveau 1: Indsamling af prøver og analyser hjemme hos patienten (mindst avanceret)

- Laboratorieundersøgelsen rekvireres af **sygehuslæge** eller **praktiserende læge**, evt. i samråd med **kommunal sundhedsperson**
- Udgående **bioanalytiker** eller **sygeplejerske** tager blodprøve og EKG hjemme hos patienter
- Undersøgelsen udføres på et aftalt tidspunkt og kan planlægges, så **kommunalt plejepersonale** eller **pårørende** kan være til stede (*Sygehus Lillebælt*)
- Prøvetagning og EKG kan også udføres af **geriatrisk udekørende funktion** (*Svendborg Sygehus*)
- Selve analysen foretages på hospitalets laboratorium
- For patienter, som allerede er udredt, er det muligt at planlægge en hensigtsmæssig rute indenfor et samlet geografisk område
- Blodprøvetagning og EKG i eget hjem kan alternativt udføres af **kompetent klinikpersonale fra almen praksis**

Niveau 2: Udgående mobilambulatorium

- I et mobillaboratorium tages og analyseres prøver hjemme hos patienter
- Mobillaboratorium er en udvidet model for diagnostik i hjemmet med et **udkørende diagnostisk team** og specialudstyret laboratoriebus, hvor prøverne analyseres på stedet (*Køge Sygehus, Region Sjælland, Køge Kommune, PLO-lokalt*)
- Med denne model kan analyser udføres med kort varsel som led i et præhospitalt tilbud eller sub-akut tilbud
- På grund af relativt høje omkostninger og svingende udnyttelsesgrad er eksisterende projekter ikke overgået til almindelig drift (*mobilt laboratorium, Region Sjælland*)
- GERI-kuffert er et eksempel på et aktuelt forsøg med en mere omkostningseffektiv variant i form af et bærbart minilaboratorium, som **akutsygeplejerske** eller **geriatrisk team** kan medbringe ved hjemmebesøg. Tasken indeholder udstyr til prøvetagning og analyse på stedet (*OUH, geriatrisk afdeling; Svendborg Sygehus og Svendborg Kommune*)

Niveau 3: Udgående radiologisk funktion (mest avanceret)

- **Sygehuslæger og praktiserende læger** kan henvise patienter til mobil røntgen, som udføres af hospitalsansat udkørende **radiograf**
- Mobil røntgen kan anvendes med kort varsel til akutte eller sub-akutte behov, hvor der er behov for en hurtig udredning
- Mobil røntgen indebærer, at det er muligt at undgå akutte indlæggelser blandt nogle af de mest plejkrævende patienter
- Tilbuddet kan eventuelt varetages af en **privat røntgenklinik**, hvilket begrænser den initiale investering i hospitalsregi (*AUH i samarbejde med Aarhus Kommune*)

Tidshorizont

Initiativet indebærer en større transformation af arbejdsgange mv. og har derfor en tidshorizont på -1-2 år. Det forudsættes, at der frigøres personaleressourcer til opgaven, etableres transportmuligheder og indkøbes bærbart udstyr. Derudover kan der efter behov indgås supplerende samarbejdsaftaler med kommuner og private leverandører

Investeringer

Initial investering: Indkøb af udstyr og transportmidler. Især røntgenudstyr kræver en større investering
Løbende omkostninger: Lønomsætninger til bioanalytiker. Bioanalytikere kan indsamle minimum 20 prøver per dag, som efterfølgende analyseres på hospitalet. Mobil røntgen er dog mere tidskrævende pr. analyse, da dette er en mere omfattende procedure

Yderligere baggrundsmateriale

- Kolding Sygehus (2017): projektbeskrivelse
- Aftale om blodprøvetagning i eget hjem, Sygehus Lillebælt og Fredericia Kommune
- AUH: Evaluering af mobil røntgen 2015
- VIVE 2018: Pilotafprøvning af det mobile laboratorium
- COWI 2018: Evaluering af tværfaglige udgående teams

23

Særlig fokus på patienter
med gentagne indlæggelser

Særligt fokus på patienter med gentagne indlæggelser

Observeret hos bl.a. Nykøbing Falster sygehus¹; Svendborg Sygehus² og Regionshospital Horsens³



I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 3 - Uoverensstemmelse mellem patientbehov og personaleressourcer. Patienter med gentagne indlæggelser med et højt gennemsnitligt ressourcetræk per patient bidrager til generelle kapacitetsudfordringer internt på afdelinger.

Udfordring 9 - U hensigtsmæssige genindlæggelser fra primærsektor: En relativt lille gruppe af patienter trækker store ressourcer på de medicinske afdelinger på grund af hyppige indlæggelser. En del af disse indlæggelser kan forebygges ved at hjælpe patienterne proaktivt og rådgive for at styrke evne for egenomsorg.



III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Tilgængeligt data anvendes til at identificere gruppen, som oplever gentagne akutte indlæggelser og til at beskrive patientkarakteristika
- Gruppen af højrisikopatienter med hyppig hospitalskontakt analyseres nærmere for at identificere forebyggelsespotentiale
- Pba. dette tilrettelægges en ny samlet tværsektoriel indsats, og der udformes nye tilbud til målgruppen (fx opsøgende tilbud)
- Den forstærkede og proaktive forebyggende indsats kan enten drives af afdelinger eller af praktiserende læge og evt. med kommunen

Investeringer

- Kræver at der afsættes ressourcer til dataanalyse (eventuelt administrativt personale med sundhedsfaglig indsigt) og til udformning af ny indsats (klinisk personale)

Tidshorisont

- Såfremt data er tilgængeligt og med den rette datakvalitet er implementeringsperioden kort



II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Gennem en målrettet indsats for at forebygge gentagne indlæggelser, via en datadreven tilgang og opsøgende tilbud, reduceres indlæggelser på akutafdelinger og medicinske sengeafsnit

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- En målrettet indsats overfor patienter med gentagne indlæggelser bidrager til at forebygge genindlæggelser og kan muliggøre, at aktivitet flyttes fra aften- og nattetimer til dagtid, hvor der er mere bemanning



IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- **Datalovgivningen gør det vanskeligt at dele patientdata** mellem sundhedspersonale og aktører på sundhedsområdet. På nuværende tidspunkt er dette kun tilladt ifm. forskningsprojekter. Den nye dataforordning gør dette særligt vanskeligt
- **Eksisterende data og forskellige opgørelsesmetoder på hospitalsniveau** kan betyde, at eksisterende data er utilstrækkeligt, og derfor kan der være behov for nye indikatorer mv., som tager tid at implementere

Andre opmærksomhedspunkter

- For at initiativet har en praktisk effekt forudsættes ledelsesmæssig opbakning til at tilrettelægge indsatser ud fra en datadreven tilgang



V. Effekt

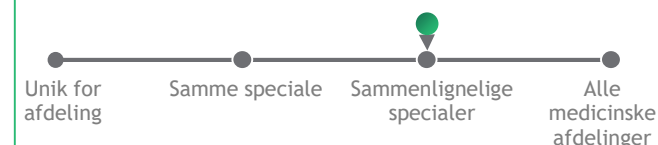
Overordnet kapacitetspotentiale

- Færre gentagne indlæggelser idet underliggende årsager for henvendelser identificeres og følges op på
- Kortere indlæggelser idet patienter indlægges i en bedre tilstand
- Det bemærkes, at der generelt ikke er arbejdet meget med at implementere initiativet, hvorfor der vurderes at være et relativt stort potentiale

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

- Bedre livskvalitet for patienten og aflastning af pårørende
- Bedre patientforløb og faglige resultater kan motivere sundhedspersoner
- Belastende akutte indlæggelser erstattes af mere skemalagte aktiviteter i dag-tiden
- Gennem rådgivning kan patienter blive bedre til at håndtere egen sygdom

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger



III. Implementering

En datadreven tilgang danner grundlag for tilrettelæggelse af en ny målrettet indsats overfor patienter med gentagne indlæggelser

Datagrundlag etableres

Identifikation af patientgruppe og karakteristika ud fra data

Tilrettelæggelse af ny indsats for målgruppen

Kvalitetsudvikling - alternativ metode

Kilder til information om patienter i risiko for gentagne indlæggelser

- Patientjournal/patientsystem /Elektronisk patientjournal
- Landspatientregisteret
- Sygesikringsregister for aktivitet i primærsektoren
- RUKS kronikerregister
- Medicinregister
- CPR-register
- Danmarks Statistik

Dataanalyse identificerer patientgrupper

- **Dataanalytiker/administrativt personale** kan bruge tilgængelige data til statistiske analyser mhp. at identificere generelle karakteristika for gruppen af patienter med hyppige indlæggelser, dog ikke på individniveau
- Analyser af patientgrupper med gentagne indlæggelser kan kvalificere planlægning og dimensionering af sundhedstilbud
- Supplerende data om borgernes risikofaktorer såsom medicinforbrug og sociale forhold kan indgå i en mere præcis prædiktionsmodel som grundlag for en forebyggende indsats
- **Forskere** har mulighed for at koble data fra forskellige kilder på individniveau (*Region Midtjylland, Projekt Tværspor*)

Indsats retænkes pba. dataanalyse

- Baseret på data tilrettelægges en ny indsats, som målrettes patienter med gentagne indlæggelser baseret på karakteristika mv.
- Eksempel på indsats: Aktiv patientstøtte:**
- Aktiv Patientstøtte er et nationalt projekt, som undersøger virkningen af at tilbyde opsøgende og koordinerende støtte fra **sygeplejersker** via telefonisk kontakt til højrisikopatienter med kroniske sygdomme
 - **Sygeplejerske** rådgiver og hjælper med at koordinere de mange tilbud og aftaler for målgruppen
 - Formålet er at hjælpe borgerne med at opnå bedre livskvalitet og en bedre hverdag samt undgå fremtidige indlæggelser
 - I perioden 2017-2019 deltager 15.000 patienter i projektet
 - Projektet er inspireret af internationale indsatser fra b.l.a. Sverige og Australien

Intern audit

- Behandlingsansvarlige **klínikere** kan som led i kvalitetssikring og behandling udtage højrisiko patienter med gentagne indlæggelser og gennemføre audits
- Eksempelvis kan **afdelingsledelsen** bede **sygeplejersker** om at udarbejde en "forundringsliste" med patienter, der er blevet indlagt, og hvor patientforløbet forekommer uhensigtsmæssigt. Dette gennemgås derefter ved journal audits for at identificere mønstre og på den måde konkretiseres "fornemmelser" (*Nykøbing F. Sygehus*)
- De udvalgte patientforløb analyseres mhp. læring og fremtidig kvalitetsudvikling.
- Resultaterne kan deles på konference i afd.
- Den ansvarlige **læge** følger op på behandlingsindsatsen over for den enkelte patient, hvis der identificeres potentiale for forbedring
- Den generelle læring deles med samarbejdspartnere, fx **kommuner** og **praktiserende læger**

Tidshorisont

Audit af patientforløb og statistik i form af lokale analyser baseret på eksisterende data kan gennemføres med kort varsel. Dataanalyser baseret på nationale registre eller patientjournaldata forudsætter, at det er et forskningsprojekt, og at der opnås de relevante godkendelser

Investeringer

Løbende omkostninger: Såfremt der ikke er eksisterende ressourcer til rådighed i form af dataanalytikere, kan det være nødvendigt at opnormere administrativt personale til opgaven. Kræver desuden, at der afsættes ledende klinisk personale til at tilrettelægge nye indsatser

Yderligere baggrundsmateriale

- Regionshospitalet Horsens: Tværspor - et tværsektorielt projekt i patientens spor
- Region H: Aktiv patientstøtte (nationalt forskningsprojekt)

4. Bedste praksis for implementering

For at implementere initiativerne fra dette katalog succesfuldt, er det nødvendigt med en målrettet indsats fra afdelingernes side. Dette kræver, at afdelingsledelsen prioriterer udviklingsarbejdet og sætter en klar retning, da de ellers risikerer, at den travle hverdag og nogle af de påviste barrierer for implementering kommer i vejen. For at understøtte en succesfuld implementering, runder dette kapitel initiativkataloget af med en række bedste praksis eksempler på implementering, inklusiv konkrete eksempler fra case-afdelingerne.

For at implementere initiativerne kan afdelingerne med fordel arbejde efter fem trin:

1. **Etablere et 'projektkontor'** der har overblik over implementeringsprocessen
2. **Prioritere udvalgte initiativer først og delegere ansvar.** Delegering af ansvar kan være udvalgte 'implementeringsansvarlige', som har til opgave at drive implementeringen og følge op
3. **Definere overordnede mål**, som er retningsgivende for hvert initiativ
4. **Definere milepæle** for hvert initiativ, der er konkrete og målbare således, at det altid er klart, hvor langt et initiativ er i implementeringsprocessen
5. **Følge op undervejs i processen** for at sikre, at målsætningen og den forventede effekt realiseres

Disse fem trin uddybes i det følgende.

Trin 1: Etablere et 'projektkontor'

Det første trin handler om at etablere den rette organisering og struktur omkring arbejdet med initiativerne. Derfor foreslås det, at etablere et projektkontor, som har ansvar for at koordinere implementeringsindsatsen. Dette skal sikre en konsistent indsats, således at det undgås, at der blot arbejdes ad hoc med initiativerne. På en medicinsk afdeling er det naturligt, at projektkontoret udgøres af **afdelingsledelsen**.

Projektkontoret har overblikket over implementeringsprocessen og udarbejder i samarbejde med den **implementeringsansvarlige** en implementeringsplan og definerer milepæle. I fastlagte møder følger **projektkontoret** op med de enkelte **implementeringsansvarlige** på, hvorvidt implementeringen af hvert initiativ følger planen, og om den forventede effekt realiseres.

Trin 2: Prioritere udvalgte initiativer først og delegere ansvar

Processen for dette kan overordnet opdeles i tre trin:

- Projektkontoret og udvalgte medarbejdere beslutter sammen, hvor mange initiativer, det er muligt at igangsætte i første omgang, og hvilke initiativer, der skal prioriteres først.** Givet at initiativkataloget indbefatter i alt 20 initiativer, er det afgørende, at der foretages en prioritering af initiativerne, og hvilke, der skal igangsættes først. Dette kan ske ud fra en vurdering af
 - Det konkrete udfordringsbillede på afdelingen sammenholdt med, hvilke udfordringer initiativerne bidrager til at adressere. Dette kan fx være i form af en højere liggetid end gennemsnittet for medicinske afdelinger i Danmark
 - Hvilke initiativer afdelingen ikke har arbejdet med i forvejen, og
 - Initiativernes estimerede effekt.

I prioriteringen af initiativerne kan der trækkes på beskrivelsen af hvert enkelt initiativ jævnfør: *I. Beskrivelse af adresserede udfordringer II. Beskrivelse af initiativ og V. Effekt* (markeret med orange i nedenstående eksempel).

Eksempel på prioritering:

En afdeling kan eksempelvis sætte en målsætning om at reducere unødige indlæggelser og sengedøgn med henholdsvis 5% og 10%. Fra initiativkataloget udvælges 5 initiativer, som afdelingen ikke har arbejdet meget med i forvejen, og som forventes at have effekt på indlæggelser og sengedøgn:

- Sub-akutte ambulatorietider (med kort ventetid)
- Sikre rette behandling i patientens sidste tid
- Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt
- Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale
- Sikker overgang til eget hjem for udskrevet

Kontaktperson angivet i fodnote

Sikre rette behandling i patientens sidste tid (1/2)

Sikre rette behandling i patientens sidste tid

Observeret hos bl.a. Nordsjællands Hospital¹; Regionshospitalet Nordjylland²; Udviklingshospitalet Bornholm; Holbæk Sygehus; Regionshospitalet Horsens

I. Beskrivelse af adresserede udfordringer

Udfordring 1 - Patienter, der kunne behandles i primærsektor, indlægges. Patienter, som har frabedt sig yderligere behandling og ønsker at tilbringe den sidste tid i hjemmet, indlægges i stedet (43% dør under indlæggelse på hospital eller hospice, mens kun ~30% udtrykker et ønske om at tilbringe den sidste tid på hospital/hospice¹). Patienternes ønsker kunne i stedet være efterlevet ved palliativ behandling i primærsektoren

Udfordring 9 - U hensigtsmæssige genindlæggelser fra primærsektor: Pga. manglende forventningsafstemning med patient og pårørende genindlægges patienter, som potentielt ville være bedre stillet ved ikke at komme ind på hospitalet. Dette kan også skyldes en manglende koordinering og/eller mangel på adgang til fælles database med patienters ønsker

III. Implementering

Beskrivelse af hvordan initiativet kan fungere i praksis

- Samtaler indgår som en rutinemæssig del af en indlæggelse, hvor de ældste og mest syge alle tilbydes en samtale om den sidste tid og behandlingsmuligheder, så de kan træffe oplyste valg om behandlingsniveau samt om palliation skal foregå på hospital, hospice eller patientens eget hjem
- Patientens ønsker deles internt på afdelingen, med akutmodtagelsen og med relevante aktører i primærsektoren

Investeringer

- Kan kræve opnormering af lægeressourcer eller plejepersonale til at afholde samtaler (~30 minutter for relevante patienter)
- Derudover kan der være behov for investeringer i kompetenceudvikling for at klæde personalet på til at tage svære samtaler

Tidshorisont

- Kort implementeringshorisont under forudsætning af at kommuner tilbyder den nødvendige palliative behandling

V. Effekt

Estimeret kapacitetspotentiale (primær effekt)

- Est. potentiale på gennemsnitlig afdeling: 0,2-0,7 indlæggelser for ældre med. pt. per uge²
- Est. grad af hvor meget case-afdelinger har arbejdet med pågældende initiativ: Mellem (~50%)

Sekundær effekt på kapacitet

- Døende patienter er så vidt muligt på enestue, hvilket vanskeliggør planlægning af sengekapalet

Yderligere effekt på kvalitet for patient/personale

- Afklaring og koordinering medfører, at patientens ønsker til den sidste tid efterleves
- Mere tryghed og klarhed for patienter og pårørende i den sidste tid
- Personalet klædes bedre på til at håndtere svære samtaler, som kan være tabubelagte

Man vil kunne undgå mange indlæggelser og meget lidelse. Og det er også noget, hvor vi ikke blot kan hjælpe vores egen afdeling, men også frigive ressourcer på tværs af sektorer.

- Ledende overlæge

II. Beskrivelse af initiativ

Introduktion til initiativet

- Alle patienter med uhelelige og dødelige sygdomme tilbydes rutinemæssigt samtaler om ønsker til behandling og palliation i den sidste levetid og ønsker koordineres på tværs

Hvordan initiativet frigiver kapacitet for afdelingen

- Ved at efterleve patientens ønsker til behandling og indlæggelse, gennem klare aftaler og koordinering internt på sygehuset og med primærsektoren, undgås indlæggelse og behandling af patienter, som har frabedt sig dette

IV. Forudsætninger for succesfuld implementering

Barrierer i forbindelse med implementering

- Personalet kan opleve det vanskeligt at tage samtaler om at stoppe behandling, da dette kan opfattes som modstridende med ens sundhedsfaglige identitet, i og med personalet er uddannet til at behandle og kurere patienter
- Begrænsninger for deling af data på tværs af sektorer kan være en hindring for en effektiv koordinering af patientens ønsker

Andre opmærksomhedspunkter

- Samtaler om patientens sidste tid kan med fordel også tages af praktiserende læge, hjemmepleje og personale på plejehjem
- Det er afgørende, at sygehuspersonalet har overblik over palliative tilbud i primærsektoren mv. for at kunne oplyse patienter herom

Mulighed for udbredelse til andre afdelinger

The diagram shows a progression from 'Unik for afdeling' to 'Samme speciale', then to 'Sammentegnede specialer', and finally to 'Alle medicinske afdelinger'.

1) Jf. data fra patientsikkerhed.dk. Det bemærkes hertil at langt størstedelen ønsker at dø på hospice og en meget lille andel på hospitalet. Dette kan dog være vanskeligt at imødekomme grundet mangel på hospicepladser
 2) Gennemsnitlig afdeling er defineret som en afdeling med 20 senge, der har udbredt initiativet svarende til den gennemsnitlige udbredelse på tværs af de 7 case-afdelinger. Potentialet for yderligere udbredelse spænder fra gennemsnittet imellem de to case-afdelinger, hvor initiativet er mest udbredt (lavt spænd) til 85% udbredelse (højt spænd)

2. **Projektkontoret udpeger en implementeringsansvarlig blandt personalegruppen for hvert initiativ.** Selve implementeringen af initiativet vil altid kræve en fælles indsats på tværs af afdelingen, men den **initiativansvarlige** agerer tovholder og er ansvarlig for at følge op på den initiativspecifikke handlingsplan, måle på den realiserede effekt og holde **projektkontoret** opdateret om fremgang og eventuelle udfordringer
3. Den **initiativansvarlige** medarbejder definerer sammen med **afdelingsledelsen** det overordnede mål for initiativet og milepæle for implementeringsindsatsen, jf. trin 3 og 4 som gennemgås i det følgende.

Eksempel på tovholdere for konkrete initiativer

Den **initiativansvarlige** for *Initiativ 6: Tidlig fastsættelse af estimeret udskrivelsestidspunkt* kan fx være en **afdelingslæge** eller **overlæge**. For initiativet *Initiativ 19: Samarbejde om opkvalificering af kommunalt personale* er det relevant med en medarbejder, med en stor kontaktflade med kommunen fx en **sygeplejerske**, som varetager udskrivninger.

Trin 3: Definere mål for hvert initiativ

For hvert initiativ fastlægges overordnede, veldefinerede og konkrete mål, som det er muligt at måle på undervejs i implementeringsprocessen. Antallet af mål afhænger af initiativets omfang.

Eksempel fra case-afdelinger

I et forbedringsprojekt på case-afdelingen på Hospitalsenheden Vest blev følgende overordnede mål defineret:

”Nedbring den gennemsnitlige liggetid på afdelingen til under 5 dage inden udgangen af 2018”

Dette konkrete mål betød, at det altid var muligt at måle, hvorvidt implementeringen af det pågældende forbedringsprojekt var på rette spor, og at den forventede effekt blev realiseret.

Der er tre vigtige principper, der er værd at overveje, når målsætninger for initiativerne defineres:

1. **Nuværende mål:** er der eksisterende indikatorer, som kan anvendes til at måle indsatsen?
 - Relevante målsætninger kan fx være nuværende mål som reduktion i indlæggelser, sengedøgn og liggetid, da dette allerede opgøres. Dog kan det være vanskeligt at isolere effekten af et enkelt initiativ på sådanne målsætninger, da eventuelle effekter kan være et resultat af flere samtidige initiativer.
2. **Omfattende:** afspejler målsætningen initiativets effekt, og kan det anvendes til at følge op på milepæle?
 - Med omfattende menes, at det er nødvendigt at tage en helhedsorienteret tilgang til de fastsatte mål. Eksempelvis er det afgørende, at liggetid også ses i sammenhæng med genindlæggelser, da disse kan være modsatrettede. For at sikre, at målene er omfattende, kan der defineres mål, som rækker ud over aktivitet og som er mere initiativspecifikke. Dette kan fx være patienttilfredshed eller medarbejdertilfredshed, hvor der spørges ind til det konkrete initiativ.
3. **Ressourcer:** er det muligt at måle på de definerede målsætninger i en længere periode, når der tages højde for ressourcetrækket forbundet med dette?
 - For initiativspecifikke målsætninger er det særligt afgørende, at indsamlingen af disse ikke forudsætter et mærkbart øget ressourcetræk, da det ellers risikeres, at det ikke er muligt at indsamle over en længere periode.

Trin 4: Definere milepæle

Eksempel på udformning af initiativspecifikke mål

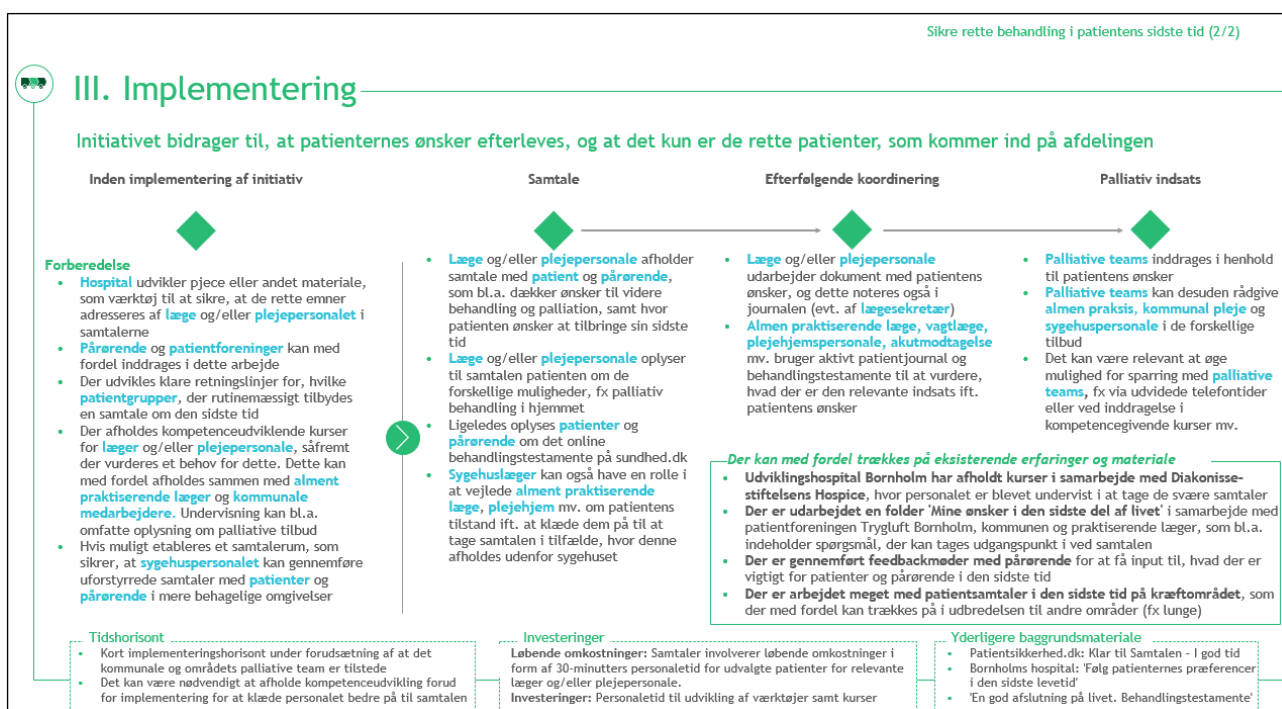
For initiativet *Initiativ 4: Sikre rette behandling i patientens sidste tid* kan relevante mål være:

- 1) Hvor mange patienter dør på afdelingen pr. uge sammenholdt med, hvor mange patienter der har udtrykt et ønske om at dø på sygehuset
- 2) Hvor mange patienter har udfyldt behandlingstestamente
- 3) Hvor mange patienter får en samtale om behandlingsniveau i den sidste tid ud af en afgrænset veldefineret patientpopulation

For implementeringen af hvert initiativ udarbejdes milepæle med et dybere detaljeniveau end det overordnede mål. Milepælene er trin, der skal fuldføres undervejs i implementeringen af det enkelte initiativ. Det er afgørende, at disse er: 1) veldefinerede, 2) konkrete og 3) målbare.

Der defineres omkring 5 store milepæle, som er nødvendige for at fuldføre det overordnede forbedringsprojekt. Dog potentielt flere ved komplekse initiativer. Milepælene kan være en leverance, et resultat eller en færdiggjort aktivitet.

Milepæle kan med fordel udarbejdes med udgangspunkt i initiativbeskrivelsernes *III. Implementering*.



Eksempel på udformning af milepæle

For initiativ 4. Sikre rette behandlings i patientens sidste tid kan relevante milepæle fx være:

- 1) Retningslinjer udformet for hvilke patienter, der tilbydes samtale om behandling i sidste tid
- 2) Kompetencekurser afholdt for alle afdelingens læger og sygeplejersker ift. til håndtering af samtale om behandlingsniveau i sidste tid
- 3) Samtalerum etableret
- 4) Samtaler afholdes med alle relevante patienter på afdelingen

Trin 5: Følge op undervejs i processen

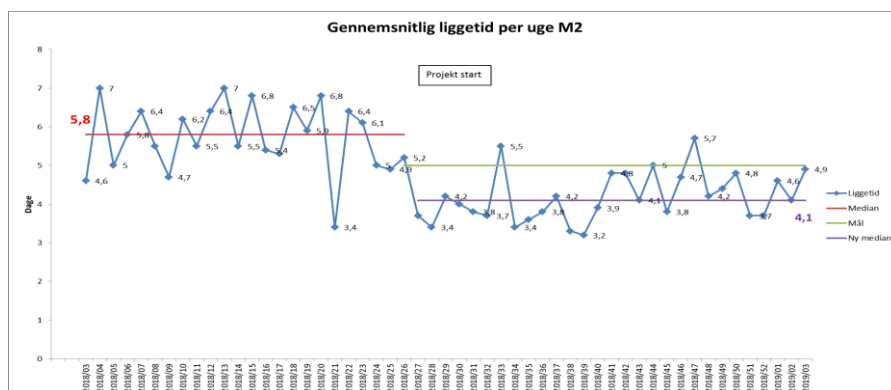
Undervejs i implementeringen følges løbende op på mål og milepæle. Dette varetages af den **implementeringsansvarlige**, som har ansvar for at sikre fremdriften. Ligeledes er det den **implementeringsansvarliges** ansvar at opdatere **projektkontoret** om status for det pågældende initiativ, herunder om tidsplanen forventes overholdt, og den forventende effekt realiseres.

Undervejs i implementeringsprocessen skal der således følges op på to parametre:

- 1) **Hvorvidt den forventede effekt realiseres som forventet.** Dette sker med udgangspunkt i de fastsatte mål jf. trin 3.
- 2) **Hvor langt initiativet er i forhold til den planlagte implementeringsproces.** Dette måles i forhold til de fastsatte milepæle jf. trin 4 og kan fx være i form af en grøn/gul/rød vurdering, hvor grøn repræsenterer, at implementeringen forløber efter planen, mens rød indikerer, at implementeringen er bagud ift. de fastsatte milepæle. Baseret på dette foreslår den implementeringsansvarlige relevante handlinger og revurderer planen, hvis nødvendigt.

Eksempel fra case-afdelinger

Hospitalsenheden Vest har gennemført et forbedringsprojekt, hvor den gennemsnitlige liggetid blev målt per uge. Efter projektstart gik medianen af den gennemsnitlige liggetid på ugebasis fra **5,8** til **4,1** døgn – langt under det oprindelige mål på 5 døgn.



Der blev derudover målt på belægningsgrad (**103%** til **92%**) og genindlæggelser (ingen stigning)

5. Kilder

ⁱ Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) samt CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

ⁱⁱ *Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.*

ⁱⁱⁱ Landspatientregisteret (DRG-grupperet), Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

^{iv} Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

^v Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2019): Arbejdsmarkedsbalancen

^{vi} Landspatientregisteret (DRG-grupperet) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen

^{vii} Egne beregninger baseret på tal fra eSundhed.dk og Sundhedsdatastyrelsen

^{viii} Egne beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsen.

^{ix} Landspatientregisteret 12. marts 2019, Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) opdateret d. 1. september 2018, Sundhedsdatastyrelsen.

^x Landspatientregisteret 12. marts 2019, Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) opdateret d. 1. september 2018, Sundhedsdatastyrelsen.



bcg.com